FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970 N° 578

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

COMET Josette

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 19 Décembre 1938, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES POSÉS PAR L'ADOPTION.

Président : Mr. Clément LAUNAY, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS (6e)

1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

COMET Josette

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 19 Décembre 1938, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES POSÉS PAR L'ADOPTION.

Président : Mr. Clément LAUNAY, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS (6e)

1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MON MARI

A MES ENFANTS

A MON PERE , A MA MERE

A MON FRERE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Clément LAUNAY

Qui a suscité cette thèse,
en a accepté la direction
et la présidence,

Qu'il trouve ici l'expression
de ma reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549902_0002

A Madame le Docteur J. AUBRY

Professeur au Collège de Médecine

En témoignage d'admiration.

A Monsieur le Professeur agrégé BOURGUIGNON

dont l'enseignement me fut si précieux.

Aux Docteurs

F. JARDIN

A. TISSOT

A. WOLFF

Avec mes remerciements pour
m'avoir permis d'utiliser
leurs observations.

A MES MAÎTRES D'INTERNAT

Monsieur le Docteur D. BOUTTIER

Monsieur le Professeur agrégé J. BARBIZET

Monsieur le Professeur agrégé A. BOURGUIGNON

Monsieur le Professeur Clément LAUNAY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES POSÉS PAR L'ADOPTION

INTRODUCTION

Le recueil d'un enfant abandonné par une famille qui n'est pas sa famille d'origine, à laquelle il n'est relié par aucun lien génétique, a existé dès la plus haute antiquité.

Les exemples en sont multiples dans la mythologie (les plus célèbres étant ceux d'OEdipe et de Moïse). La fréquence de ces recueils, leur légalité, leurs buts ont varié en relation étroite avec les différentes structures sociales existantes. Ce sont les Romains qui, les premiers, ont instauré un lien juridique entre l'enfant adopté et la famille adoptante. L'adoption d'usage assez répandu à Rome assurait la transmission des biens à l'enfant adopté et permettait la continuité de la famille. Elle n'avait pour but que l'intérêt de la famille adoptante dans la continuité du culte des ancêtres, dans la préservation du patrimoine familial.

En France, c'est avec la Révolution française de 1789 que l'adoption devient légale et que son but se modifie. Elle doit "assurer aux enfants adoptés leur bonheur en leur préparant des vertus, en les rendant dignes de la confiance de leurs concitoyens" (LA ROCHEFOUCAULT - LIANCOURT). Mais le Code civil de 1811 marque un retour en arrière. Napoléon, alors époux de Joséphine et sans héritier, désire que l'adoption revête l'adopté de tous les droits, en particulier successoraux ; elle est d'ailleurs limitée aux jeunes gens de plus de 21 ans et ne peut se faire qu'avec l'accord de la famille naturelle.

Ce ne sera qu'après la guerre de 1914-18 que l'adoption va

prendre son caractère actuel et se développer dans le but de "donner une famille à un enfant sans famille, un enfant à une famille sans enfant".

Après de nombreuses réformes législatives, l'adoption est actuellement réglementée par la loi de Juillet 1966 d'après laquelle sont déclarés adoptables :

1- les enfants pour lesquels les parents ont signé un consentement à l'adoption depuis trois mois au moins, période pendant laquelle ils peuvent revenir sur leur décision ; l'adoption peut donc se faire à partir du quatrième mois de la vie. (Il faut d'emblée souligner l'importance de la suppression du terme "abandon", remplacé par "consentement à l'adoption").

2- les enfants recueillis par un particulier, une oeuvre privée ou l'aide sociale à l'enfance, dont les parents se sont manifestement désintéressés pendant un an au moins et que le magistrat a la possibilité de déclarer "abandonnés".

En ce qui concerne cette possibilité, il est à craindre qu'elle intervienne beaucoup trop tard et qu'elle ne permette l'adoption que d'enfants déjà âgés.

Enfin, il faut souligner que la loi de 1966 stipule :

- que le placement en vue d'adoption :

. met obstacle à toute restitution de l'enfant à sa famille d'origine,

. fait échec à toute déclaration de filiation et à toute reconnaissance.

Cette disposition apporte une garantie formelle aux parents adoptifs et rendrait actuellement impossible une nouvelle affaire Novack.

- que le jugement d'adoption est irrévocable (en ce qui concerne l'adoption plénière, seule intéressée ici) ;

- que l'adopté a, dans la famille de l'adoptant, les mêmes droits et les mêmes obligations qu'un enfant légitime ..., qu'il cesse d'appartenir à sa famille d'origine ;

- que le jugement d'adoption tient lieu d'acte de nais-

sance, celui-ci ne portant aucune mention spéciale. (Seul le registre d'état civil comporte la mention de l'adoption, et seules les copies intégrales laissent apparaître qu'il s'agit d'une filiation adoptive).

Ainsi, par cette loi de Juillet 1966, la législation s'est modifiée dans le même sens que les buts de l'adoption, tels qu'ils ont été définis par le Pr. Clément LAUNAY (25) :

"Assurer le bonheur d'un enfant abandonné ou délaissé en lui constituant une famille identique à une famille normale",

ou par une réunion d'experts de l'O.M.S. et de l'O.N.U. qui, en 1953 déjà, avaient défini l'adoption "comme le moyen le plus complet de recréer des relations et une vie familiale à l'enfant privé de famille... le cadre normal et durable de l'éducation de l'enfant" comme "ayant pour but d'instituer entre parents adoptants et enfant adopté des relations qui se rapprochent autant que possible de celles qui règnent entre parents et enfant légitime".

Qu'en est-il, sur ce plan, des relations de l'enfant adopté avec sa famille adoptive ?

L'enfant adopté est-il plus exposé aux problèmes psychologiques que l'enfant naturel ?

Ses problèmes sont-ils spécifiques ? Et en quoi sont-ils liés à l'adoption ? C'est ce que nous allons envisager à travers :

1/- une étude de ce qui a été écrit sur ce sujet, dans les pays anglo-saxons essentiellement ;

2/- l'étude d'une douzaine de cas d'enfants adoptés suivis à la Consultation du Professeur Clément LAUNAY, à l'Hôpital Hérold.

En France, nous n'avons retrouvé aucune étude portant sur le devenir des enfants adoptés.

= Une enquête importante de HEUYER (13) date de 1949 et portait sur 138 cas vus en consultation de neuropsychiatrie infantile. Les symptômes présentés peuvent être répartis en trois grands groupes :

1/- les troubles du caractère, représentant 30 % des cas, allant de simples troubles du comportement aux perversions les plus graves ;

2/- l'instabilité : 22 % des cas ;

3/- la débilité intellectuelle : 25 % des cas,

auxquels il faut ajouter : 4 épileptiques,
1 mongolien.

Ce dernier cas souligne l'absence d'examen systématique des enfants adoptables à l'époque de cette étude. Actuellement, l'examen pédiatrique obligatoire préalablement à l'adoption évite le risque de déclarer adoptable un enfant porteur de certaines tares ou anomalies, comme le mongolisme, les malformations cardiaques, oculaires, un pied bot, par exemple ; mais il persiste évidemment toujours une grosse inconnue, de nombreuses maladies ne se révélant qu'après les premiers mois, voire les premières années de la vie.

L'épilepsie, en particulier, est une de ces inconnues, et certains auteurs (KOUPERNICK (22) en particulier) soulignent l'importance d'un E.E.G. systématique à la recherche d'un seuil convulsivant anormalement bas.

= Mais c'est à SOULÉ (51) que nous devons l'étude la

plus approfondie des relations parents-enfants adoptés ; nous nous référons souvent à lui.

Dans les pays anglo-saxons, les Etats-Unis en premier lieu, de nombreuses enquêtes souvent contradictoires ont, par contre, été publiées sur l'avenir psychologique des enfants adoptés. Le chiffre annuel des adoptions y est considérable : 65.000 aux U.S.A. en 1964 (soit 1 à 1,50 % de la population enfantine générale), en ce qui concerne les adoptions vraies, c'est-à-dire sans lien de parenté avec aucun des adoptants ; 13.500 en Angleterre, contre 2.000 en France environ.

Ces enquêtes portent dans l'ensemble sur trois points (60) :

1°)- Le pourcentage d'enfants adoptés parmi les enfants traités pour problèmes psychologiques est-il plus important que le pourcentage d'enfants adoptés parmi la population enfantine générale ?

2°)- Si oui, cela signifie-t-il que l'incidence des problèmes psychologiques est supérieure chez les enfants adoptés ?

3°)- Enfin et surtout, certains problèmes psychologiques sont-ils spécifiques aux adoptés, et si oui quelle peut en être l'étiologie ?

1°)- LE POURCENTAGE D'ENFANTS ADOPTES PARMI LES CONSULTANTS DES SERVICES DE PSYCHIATRIE EST-IL PLUS IMPORTANT QUE LE POURCENTAGE D'ENFANTS ADOPTES PARMI LA POPULATION ?

= SCHECHTER et MARSHALL (55) :

Dans une première enquête publiée en 1960 et portant sur 120 consultants d'une clinique psychiatrique entre 1948 et 1953, dénombrent 16 enfants adoptés, soit un pourcentage de 13,3 % adoptés, alors que, disent-ils, le pourcentage d'adoptés dans la population générale n'est que de 0,134 %. Ce dernier chiffre erroné

(Il est en réalité de 1 à 1,5 %) leur fait conclure qu'il y a 100 fois plus d'adoptés posant des problèmes psychologiques que leur pourcentage dans la population ne le laisserait supposer.

Même après correction du chiffre erroné cité par SCHECHTER, ce qu'il fera d'ailleurs dans un article ultérieur, on aboutit encore à un pourcentage d'adoptés parmi les consultants de sa clinique égal à 10 fois le pourcentage d'adoptés dans la population générale.

= TOUSSIENG (58) :

Trouve des résultats analogues.

Entre le 1-7-1955 et le 1-7-1960, 357 enfants furent examinés au Service de Psychiatrie infantile de la Meninger Clinic ; 39 de ces enfants, soit 10,9 %, étaient des enfants adoptés.

= SWEENY et GASBARRO (53) :

Entreprirent, eux aussi, une étude descriptive des enfants adoptés vus dans un Centre de Guidance infantile de Pittsburgh (Pennsylvanie), de Septembre 1959 à Décembre 1961, une revue fortuite des cas du centre ayant semblé indiquer que, parmi les enfants vus en consultation, un grand nombre étaient des adoptés.

L'étude porte sur 292 enfants, sur lesquels on dénombre 21 adoptés, soit 7,2 %. Elle relève, dans les deux groupes d'enfants, adoptés et non adoptés, l'âge, le sexe, le niveau scolaire, le revenu familial, les symptômes invoqués, et compare ces données à certaines variables :

1)- Age au moment de l'adoption et au moment de la révélation de l'adoption.

2)- Age au moment de l'adoption et de la première consultation.

3)- Age au moment de la révélation et de la première consultation.

Les résultats les plus frappants furent :

- outre le gros pourcentage d'adoptés dans l'échantillon : 7,2 %,

- la similitude des symptômes dans les deux groupes, adoptés et non adoptés ;

- l'âge plus élevé du groupe des enfants adoptés au moment de la première consultation variant de 6 à 16 ans, avec un chiffre maximum vers 11 ans, alors que l'âge du groupe des enfants naturels variait de 2 à 16 ans.

Mais d'autres auteurs contestent le chiffre élevé d'adoptés vus dans ces consultations de neuropsychiatrie.

= L'étude de GOODMAN, SILDERSTEIN et MANDELL (11) est la plus rigoureuse.

Ils reprochent à SCHECHTER et à TOUSSIENG de n'avoir pas tenu compte du niveau socio-économique probablement élevé des consultants de leurs cliniques, de n'avoir pas pris de groupe de contrôle, et de n'avoir pas tenu compte du pourcentage d'adoptés de leur secteur, mais de la moyenne générale d'adoptés dans la population totale des U.S.A..

Pour combler ces lacunes, ils entreprennent une étude portant sur 593 cas vus entre 1956 et 1962 au Centre de Santé mentale de Staten Island. Sur ces 593 cas, ils relèvent 16 adoptés et 14 seulement sans lien de parenté avec les adoptants (extra familial adopted : EFA), soit environ 2,3 à 2,4 % de leurs cas.

Or, dans la région de Richmond, secteur géographique du centre de Staten Island, il y eut, entre 1945 et 1960, 1.100 EFA pour une population de 66.549 enfants, ce qui fait $\frac{11.000 \times 100}{66.549} = 1,66$ % d'EFA dans la population enfantine.

Les auteurs concluent que, contrairement aux résultats de SCHECHTER, le pourcentage d'enfants adoptés vus à la Clinique de Staten Island est à peu près égal à 1 fois $\frac{1}{2}$ seulement le pourcentage d'adoptés dans la population générale du secteur de Staten Island.

Ces résultats correspondent à ceux déjà trouvés en 1942 par Elsie S. STONCIFER, dans une thèse non publiée, au Smith College School for Social Work, qui, étudiant comparativement des difficultés de comportement d'enfants adoptés et non adoptés, trouve, sur

2.000 enfants suivis dans un centre de Guidance infantile entre 1931 et 1941, 48 adoptés seulement, soit environ 2,4 %.

= SIMON et SENTURIA (47) publient en 1966 un travail portant sur 3 ans, concernant 1.371 consultants du Département de Psychiatrie du Jewish Hospital de Saint-Louis, parmi lesquels :

1.054 consultants ayant plus de 14 ans :
420 garçons,
634 filles,
317 enfants de moins de 14 ans :
218 garçons,
99 filles.

Parmi ces 1.371 consultants, on identifia 41 adoptés, parmi lesquels 35 CFA : 21 filles, 14 garçons.

Le tableau suivant indique l'incidence du pourcentage d'adoptés parmi les consultants du Jewish Hospital, par tranche d'âge :

Age	Nombre de consultants	Nombre d'adoptés	Pourcentage d'adoptés
Moins de 14 ans	317	17	5,4 %
Entre 14 et 20 ans	215	12	5,6 %
Plus de 20 ans	839	6	0,7 %
Total	1.371	35	2,6 %

Ces chiffres, comparés au pourcentage d'adoptés dans la région de Saint-Louis (1 %), montrent que, jusqu'à 20 ans, le pourcentage d'adoptés parmi les consultants est d'environ 5 fois le pourcentage d'adoptés dans la population, alors qu'après 20 ans il devient inférieur au pourcentage d'adoptés dans la population du secteur. Cette différence intéressante a également été soulignée par SKODAK et SKEEL. Revoyant récemment, à l'âge adulte,

100 adoptés dont ils avaient étudié le développement psychologique dans l'enfance (57), ils trouvent qu'un certain nombre d'entre eux sont mieux à 30 ans qu'à 10, comme s'ils avaient eu, à certain âge, certains problèmes spécifiques. Nous y reviendrons lors de la recherche des facteurs étiologiques.

= En Angleterre, HUMPHREY et OLNSTED (15) publient, en Septembre 1963, une enquête portant sur 80 enfants adoptés vus dans la région d'Oxford, 45 d'entre eux ayant été vus surtout entre 1958 et 1962 au Park Hospital. Ces 80 adoptés représentent 2,9 % des consultants, alors que leur pourcentage dans la population générale est de 1,3 %.

Comparant l'âge de la première consultation pour ce groupe de 80 adoptés et un groupe de contrôle comparable par l'âge, le sexe, le quotient intellectuel, ils trouvèrent, contrairement à leur attente, que la tendance des enfants adoptés à consulter en psychiatrie est inférieure jusqu'à 10 ans à celle des enfants naturels et supérieure entre 10 et 15 ans.

C'est ce qu'indique le tableau suivant :

Age de la 1ère consultation	5 ans	5-6 ans	7-10 ans	11-15 ans	Plus de 15 ans
Enfants adoptés	4	8	31	36	1
Non adoptés	4	18	36	21	1

Au total, il semble que, bien qu'à des degrés divers selon les auteurs, la plupart s'accordent pour reconnaître que le pourcentage d'enfants adoptés vus dans les différents centres de psychiatrie infantile soit supérieur à ce que leur pourcentage dans la population enfantine générale laisserait attendre, et si l'on tient compte du niveau socio-économique des consultants, de la répartition des adoptés dans le secteur considéré, il semble que

l'on puisse retenir un chiffre d'adoptés égal à 2 ou 3 fois leur pourcentage dans la population.

Les avis divergent encore beaucoup, quand il s'agit de répondre à la deuxième question :

2°)- PEUT-ON DEDUIRE, DE CE POURCENTAGE ELEVE D'ADOPTES VENUS CONSULTER EN PSYCHIATRIE, UNE VULNERABILITE PARTICULIERE DES ADOPTES AUX PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ?

Les auteurs qui ont trouvé un faible pourcentage d'adoptés dans leurs études : GOODMAN, SILBERSTEIN et MANDELL (11), LAWTON et GROSS (33), concluent par la négative, arguant de la nécessité d'études longitudinales et de comparaison de groupes d'enfants adoptés et non adoptés, pris au hasard et non dans les consultations psychiatriques.

SCHECHTER, par contre, répond affirmativement. Très sensible aux critiques qui se sont élevées contre son premier article (55), il répond en publiant en 1964, avec CARLSON (56), les résultats d'une nouvelle enquête faite auprès des membres de la Société de Psychiatrie de Californie du Sud, leur demandant :

- s'ils avaient des patients adoptés,
- le pourcentage d'adoptés parmi leurs patients,
- s'ils désiraient discuter de leurs cas avec les auteurs.

156 cas furent ainsi recueillis : 118 enfants, 48 adultes. Surtout, deux groupes de contrôle furent également considérés : un groupe d'enfants adoptés n'ayant pas consulté en psychiatrie, un groupe de malades psychiatriques (adultes et enfants) non adoptés.

Tous les organismes interrogés (Clinique de Guidance infantile, cliniques privées, hôpitaux d'état...) trouvèrent un pourcentage d'adoptés de 10 % environ.

Bien plus, dans le groupe d'adoptés de contrôle n'ayant pas consulté en psychiatrie, 40,7 % des enfants s'avérèrent avoir de gros problèmes psychologiques.

SCHECHTER conclut que ce chiffre particulièrement élevé semble indiquer que ses résultats initiaux n'étaient pas définis géographiquement ou socio-économiquement, mais pouvaient être considérés comme une donnée générale pour une grosse variété de consultants d'organismes publics ou privés.

D'autre part, pour répondre à l'argument soulevé que les parents adoptifs étaient peut-être plus anxieux au sujet du développement de leurs enfants, SCHECHTER et CARLSON analysent les consultants d'une année du département psychiatrique de "l'Ucla Medical School" et trouvent un pourcentage très faible d'enfants adoptés, inférieur à leur pourcentage dans la population générale.

En fait, il nous semble que nous n'avons pas actuellement les données suffisantes pour répondre à cette deuxième question. Il faudrait davantage d'études systématiques, portant sur un grand nombre d'adoptés. Par contre, l'enquête de SCHECHTER, comparant les symptômes décrits dans le groupe d'adoptés et le groupe de contrôle, nous mène directement à la troisième question qui nous semble beaucoup plus intéressante :

3°)- Y A-T-IL DES SYMPTÔMES SPECIFIQUES CHEZ LES ADOPTES ? EN QUOI SE RATTACHENT-ILS A L'ADOPTION ?

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés ne sont certes pas spécifiques de l'adoption et ne sont pas l'apanage des enfants adoptés. Cependant, les auteurs s'accordent pour reconnaître la fréquence des symptômes anti-sociaux : vols, agressivité, actings out (*) sexuels, des troubles caractériels.

C'est ce qui ressort du tableau suivant, de l'enquête de

(*)- Acting out : terme employé en psychanalyse pour désigner des actions présentant le plus souvent un caractère impulsif, relativement en rupture avec le système de motivation habituel du sujet, prenant souvent une forme auto ou hétéro-agressive (Vocabulaire de Psychanalyse LAPLANCHE et PONTALIS).

SCHECHTER (56) comparant les symptômes des adoptés ayant consulté en psychiatrie et de consultants non adoptés.

Le tableau I concerne les enfants, le tableau II les adultes.

- I -

Enfants	Adoptés	Non adoptés
Actings out sexuels	29,6 %	6,8 %
Agressivité ouverte	52,6 %	9,6 %
Troubles de la personnalité	38,5 %	4,8 %
Enurésie	5,9 %	20 %
Suicide	2,5 %	3,4 %

- II -

Adultes	Adoptés	Non adoptés
Actings out sexuels	48,8 %	16,7 %
Troubles de la personnalité	68,3 %	31,3 %
Alcoolisme	34,1 %	1,2 %

= NEMOVICHER, dans une étude comparative de deux groupes de 30 enfants adoptés et non adoptés (D ss Abstracts 20-1960), d'âge, d'intelligence, de statut socio-économique et de religion identiques, appréciant quatre traits de caractère : hostilité, dépendance, "tension émotionnelle", timidité, par un questionnaire des parents, des instituteurs et des tests projectifs, retrouve chez les adoptés et de manière significative plus d'hostilité, de timidité, de tension émotionnelle, pas de différence pour la dépendance.

= GOODMAN, SILBERSTEIN et MANDELL (11) :

Sur les 14 adoptés de leur échantillon, trouvent comme premier symptôme :

- pour 6 d'entre eux, le vol,
- un comportement agressif pour 7,
- et chez 6 d'entre eux, des difficultés scolaires liées aux troubles du comportement.

Pour un seul, l'énurésie fut le symptôme motivant la consultation.

= HUMPHREY et DUNSTED (15) :

Parmi leurs 80 adoptés, différencient les adoptions "tardives" ou après 6 mois (34 cas) des adoptions "précoces" avant 6 mois (46 cas) et comparent la symptomatologie de ces deux groupes à un groupe de contrôle de 41 enfants comparables à 41 des adoptés tôt (Cf. tableau).

Ils trouvent peu de différence dans les symptômes de ce groupe de contrôle et des enfants adoptés précocement, sauf en ce qui concerne le vol ; entre le groupe de contrôle et les enfants adoptés après 6 mois, les différences portent sur le vol, les mensonges la cruauté et la tendance destructrice, la différence la plus significative étant le vol.

Plus d'un sur deux, parmi les enfants adoptés après 6 mois, a volé.

Deux-tiers des voleurs sont âgés de 11 ans ou plus lors de la première consultation, mais les vols sont souvent bien antérieurs. La gravité en est variable, de "l'emprunt" à la maison jusqu'au vol entraînant la présentation au juge d'enfants ; dans plusieurs cas, il apparaît expressément dirigé contre la mère adoptive.

En quoi ces symptômes peuvent-ils être liés à l'adoption ? Ceci nous amène deux questions :

	Tous les adoptés 80	Adoptions tardives 34	Adoptions précoces 46	Groupe de contrôle 41
Vols	30	19	11	5
Cruauté, destruction	22	14	8	5
Mensonges	19	13	6	5
Enurésie	34	17	17	12
Encoprésie	12	5	7	4
Réactions émotionnelles, colères, jalousie	56	26	30	27
Anxiété généralisée, phobies	32	16	16	22
Trouble des conduites sociales, agressivité, fugues	32	16	16	22

1/- Qu'y a-t-il de spécifique dans la condition d'enfant adopté ?

2/- Qu'y a-t-il de spécifique dans la condition de parent adoptif ?

Bien qu'il soit plus facile, comme le dit SOULÉ, d'être enfant adopté que parent adoptif (51), dès que l'enfant adopté a connaissance de son statut il doit affronter deux problèmes :

- Qui sont mes vrais parents ?
- Pourquoi m'ont-ils abandonné ?

Qui sont mes vrais parents, c'est-à-dire mon père et ma mère ne sont pas mes vrais parents, nous amène au roman familial invoqué par de nombreux auteurs (SCHECHTER, ERDUSON et LIVERMORE)comme un piège potentiel pour l'enfant adopté.

Ce que FREUD appelle le roman familial est le fait que l'enfant normal, après avoir surestimé les qualités, la toute-puissance

de ses parents, prend vis-à-vis d'eux une attitude critique, en vient à douter des qualités qu'il leur imputait et finalement à douter de leur qualité de parent et à fantasmer (*) qu'il est l'enfant d'autres parents . Ces fantasmes sont une réaction aux frustrations subies, en particulier à celles liées à la rivalité avec le parent du même sexe, et au sentiment d'être exclu du couple parental. Ils ont pour rôle de mettre à distance les parents qui sont remplacés par d'autres plus riches, plus puissants.

Puis, lorsque l'enfant grandit et connaît le rôle de chacun des deux parents dans la procréation, le roman familial subit une étrange réduction. L'enfant ne doute plus de sa parenté avec sa mère, mais continue à imaginer un père plus puissant.

C'est la seconde phase, la phase sexuelle du roman familial, et FREUD conclut en insistant sur le fait que l'enfant, loin d'éliminer son père, exprime la nostalgie de ses premières années où il imaginait ce père tout-puissant.

SOULÉ (51) met bien en évidence le rôle du roman familial, par lequel l'enfant réaménage le conflit oedipien en s'en protégeant constamment. Dans la première phase, il aménage à la fois le personnage paternel, à qui il fait subir une castration symbolique (il le prive de sa filiation) et le personnage maternel qui est devenu accessible et que l'on peut séduire.

Par la deuxième phase sexuelle du roman familial, il sépare les parents, reporte les relations de la mère toute-puissante avec un père fantasmatique également tout-puissant, ce qui entraîne une blessure narcissique plus supportable. L'enfant peut s'autoriser des fantaisies sexuelles sur sa mère par héros interposé, héros tout-puissant auquel il s'identifie. <u>C'est donc une tentative pour vivre l'Oedipe sur un mode aconflictuel</u>.

(*)- Fantasme : scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient.

Pour SIMON et SENTURIA (47), SCHECHTER (55), ERDUSON et LIVERMORE (9), ce roman familial qui, chez l'enfant naturel, est un mécanisme de défense, tentative de réaménagement de l'Oedipe, devient, chez les enfants adoptés, source de complication. Chez eux, le roman familial est une réalité. Ils ont effectivement deux paires de parents et ne peuvent venir à bout du fait qu'ils aiment et détestent la même personne à la fois.

Ils sont incapables d'accepter leur propre ambivalence, de fusionner les deux images du bon et du mauvais objet sur la même personne.

Bien plus, l'identification avec les parents adoptifs est constamment influencée par les fantasmes de l'enfant adopté sur ses "vrais" parents.

Ceux-ci sont le plus souvent fantasmés comme étant mauvais, prostitués, éthyliques, parfois attirants physiquement mais toujours mauvais, et l'identification de l'enfant à ces mauvais parents est toujours très forte. Ces fantasmes semblent destinés à expliquer le pourquoi de leur abandon, à lutter contre la blessure narcissique que représente pour l'enfant le rejet par ses parents naturels.

Ces fantasmes expliquent en partie l'importance des troubles de la personnalité chez les enfants et surtout les adolescents adoptés. L'adolescence est en effet une période critique de réactualisation du conflit oedipien, de réactualisation des problèmes identificatoires pouvant aller jusqu'à la perte de l'identité (E. KESTEMBERG (20)), période où l'adolescent adopté, par une série d'actings out en rapport avec ses fantasmes sur ses parents naturels, va essayer une série d'identités, une série de rôles tentant d'établir une ressemblance avec ses parents naturels.

Pour TOUSSIEG (58) également, l'adolescence des adoptés est une période difficile, parce qu'il est plus dur pour les adolescents adoptés d'accepter leur rébellion contre leurs parents adoptifs, de les abandonner comme objet d'amour. Mais, comme le dit H. DEUTSCH (8) : "La cause première des réactions psychologiques

de l'enfant adopté ne réside pas tant dans les circonstances de sa naissance que dans les conséquences de ce fait réel sur son entourage et avant tout sur la mère adoptive".

L'arrivée de l'enfant adopté dans sa famille adoptive est en effet le terme d'une longue histoire, celle de la stérilité du couple adoptant et de l'angoisse de castration qui y est liée. La manière dont va être surmontée la blessure narcissique que représente la stérilité, la signification du désir d'adopter vont être les deux éléments dont dépendra la qualité de la relation parent-enfaant adopté. H. DEUTSCH dit encore : "C'est le désir narcissique de la mère de prolonger en l'enfant son propre moi physique, désir matérialisé dans l'élargissement de la grossesse qui est frustré chez la mère adoptive... Les espoirs, les craintes, les soucis de la mère adoptive sont sensiblement les mêmes que ceux de la mère naturelle. Elle veut que ses désirs et ses idéaux s'accomplissent en l'enfant... Si le narcissisme de la mère n'accepte aucun compromis et qu'elle ne puisse réduire ses exigences, les réactions de désappointement sont plus promptes chez la mère adoptive à se traduire par des reproches faits à la réalité... Ce n'est pas mon enfant. La peur de l'hérédité qui a, chez certaines mères naturelles, des bases physiologiques ou psychologiques (sentiments hostiles de la mère contre certains membres de la famille, qui créent chez elle une tendance à guetter les expressions de traces héréditaires) va surgir selon des mobiles psychologiques semblables plus profondément enracinés et sans lien avec la réalité chez la mère adoptive qui guettera chez l'enfant adopté les signes d'une hérédité fâcheuse... Les conflits normaux de l'émancipation de l'enfant, avec l'hostilité qui les accompagne contre les parents, sont interprétés comme autant de signes qu'il n'appartient pas à la famille... L'insécurité de l'enfant adoptif est alimentée par l'insécurité de la mère, et il s'établit un cercle vicieux où, à l'anxieuse question de la mère : "M'aime-t-il comme m'aimerait mon propre enfant ?", répond chez l'enfant une question semblable : "Qui sont mes vrais parents ? Suis-je aimé comme un enfant ordinaire ?".

Enfin, H. DEUTSCH conclut en insistant sur l'importance de l'ancienne relation maternelle de la mère adoptive avec sa propre mère, les femmes transférant volontiers leurs propres conflits refoulés sur un enfant adoptif, et sur le fait que la mère adoptive doit se montrer encore plus libre des anciennes dépendances, si elle a à se débarrasser d'idées pénibles, non plus imaginaires mais réellement justifiées, au sujet de la mère naturelle perdue, rivale dépréciée et surtout inconnue, telle est l'une des conditions essentielles de son succès en tant que mère d'un enfant adoptif."

SIMON et SENTURIA (47) insistent sur les fantasmes des parents à propos de leur incapacité à concevoir, sur l'anxiété provoquée par la stérilité, particulièrement importante chez les individus dont l'identité sexuelle semble précaire et chez qui le besoin d'enfants sert à renforcer leur rôle social sexuel et biologique, démontrant leur féminité ou leur virilité, à eux-mêmes et à la société. C'est l'adoption "formation réactionnelle" (*), l'enfant remède contre l'angoisse dépressive de la stérilité. Mais en fait, cet enfant remède contre la stérilité qu'il devait permettre de nier reste le témoin de l'existence de cette stérilité. C'est à ce dilemme que doivent faire face les parents adoptifs quand, malgré leurs tentatives pour nier les différences entre famille adoptive et famille naturelle (c'est-à-dire leur incapacité à concevoir), ils continuent à magnifier le statut d'adopté, par exemple en célébrant la date de l'adoption, en parlant de l'enfant choisi.

ERDUSON et LIVERMORE (9) insistent sur la difficulté du traitement des enfants qu'ils avaient eus en consultation (8 sur 80), enfants présentant dans l'ensemble une pathologie sévère avec essen-

---

(*)- Formation réactionnelle : attitude psychologique de sens opposé à un désir refoulé et constituée en réaction contre celui-ci.
Ex. : pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes ;
propreté et ordre s'opposant à des tendances au désordre.

tiellement :

- une conduite agressive prenant la forme d'hostilité ouverte avec la mère, de jalousie envers la fratrie quand il y en a, de jeux hostiles avec les autres enfants ;

- des troubles dans le domaine sexuel, avec des préoccupations marquées pour le sexe, de jeux homo et hétérosexuels avec d'autres enfants, de jeux sexuels avec des animaux, etc...

Or, les mères adoptives de ces enfants se sont révélées comme essentiellement refoulées et rigides dans ces deux domaines de l'agressivité et de la sexualité.

Elles rejetaient particulièrement les conduites impulsives et les actings out de leurs enfants, parce qu'elles y percevaient inconsciemment la satisfaction de leurs propres désirs refoulés. Leur propre refoulement se trouvant alors menacé, ce qui entraînait un rejet massif de l'enfant. Ce mécanisme n'est certes pas spécifique de l'adoption. Les mères naturelles de ce type acceptent aussi très difficilement dans leurs enfants les manifestations des conduites instinctuelles, mais ce qui caractérise la mère adoptive, c'est l'échappatoire facile que représente l'appel à la nature héréditaire des troubles de l'enfant. "Si c'est sexuel ou agressif, cela ne peut venir de moi, cela ne peut m'appartenir". C'est alors que les fantasmes de la mère adoptive sur la mère naturelle de l'enfant peuvent avoir pour corollaire les fantasmes de l'enfant et son roman familial. L'enfant est identifié avec les pulsions inconscientes des parents adoptifs, pulsions qui consciemment pourraient être exprimées dans une identification secondaire avec la mère naturelle.

ERDUSON et LIVERMORE expliquent la difficulté des thérapies d'enfants adoptés par le fait que, tant que le thérapeute est permissif et non frustrant, le transfert semble positif, l'enfant fantasme que le roman familial est devenu réel, le thérapeute représente le bon parent ; mais dès qu'il devient frustrant, il est attaqué, comme la mère adoptive l'était, et celle-ci, ravie d'être devenue la bonne mère, arrête le traitement à la première demande

de l'enfant qui ne veut plus voir le méchant thérapeute. C'est ainsi qu'un traitement continu est difficile à poursuivre. Or, pour que l'enfant puisse affronter sa propre ambivalence, il faut que le thérapeute représente la réalité qui est que le même parent peut être tour à tour permissif et interdicteur. Evidemment, ces réflexions ne sont tirées que d'un petit nombre d'observations et on ne peut en tirer des conclusions générales.

En plus de ses nombreuses frustrations, la mère adoptive se voit devant une tâche particulièrement difficile. Elle doit expliquer à son enfant qu'elle n'est pas sa véritable mère. Elle doit susciter à nouveau les fantômes qu'elle s'efforce de chasser.

La nécessité de la révélation à l'enfant de sa condition d'adopté est reconnue par tous.

L'attitude généralement préconisée, en particulier par les agences d'adoption américaines, est de mentionner le plus tôt possible à l'enfant son statut d'adopté dès l'acquisition du langage et avant même que l'enfant soit capable de comprendre ce que cela signifie. C'est l'attitude également préconisée, en France, par le Pr. Clément LAUNAY. "L'important n'est pas que l'enfant comprenne, mais qu'il le sache."

En étant ainsi instruit par ses parents adoptifs, c'est vers eux que, plus tard, l'enfant viendra pour poser ses questions.

Or, la nécessité d'une révélation aussi précoce est remise en question par deux auteurs essentiellement.

- SCHECHTER, qui dit que la période de 3 à 6 ans, pendant laquelle l'enfant pose des questions sur sa naissance, est aussi celle du conflit oedipien, et que la révélation, à cette époque où l'ambivalence est importante, peut affecter le devenir des luttes oedipiennes et des identifications de l'enfant.

- et Lilli PELLER (44), qui insiste beaucoup sur le fait :

. que cet âge est celui où l'enfant vit dans ses fantasmes conscients et inconscients, où son raisonnement est dominé par ses désirs et ses peurs irrationnels ;

. que tout ce qu'on va lui dire est pris dans le tourbil-

lon de ses fanrasmes sexuels et sadiques ou va subir comme sort négation-oubli ou distorsion.

Le très jeune enfant croit que les désirs, les souhaits sont les raisons de la survenue de toute chose ; souffrance, maladie, accidents sont vus comme le résultat de souhaits diaboliques, la mort comme une désertion volontaire, comme un meurtre ou comme une punition. Il est bien presque impossible de raconter à l'enfant l'histoire de son adoption sans lui fournir involontairement les éléments d'un fantasme d'abandon et de rejet parce qu'il est mauvais, ou d'un kidnapping et donc la quête de l'être humain dont il a été séparé ou au contraire l'angoisse d'être rejeté à nouveau puisqu'il l'a été une première fois.

Lilli PELLER évoque aussi le roman familial, en insistant sur le fait qu'il survient normalement lorsque la dissolution des liens oedipiens devient la tache centrale de l'évolution de l'enfant.

Mais que faire intervenir en pleine éclosion de l'Oedipe la notion de l'adoption et d'une autre mère ayant donné naissance à l'enfant peut empêcher l'Oedipe d'évoluer normalement. Enfin, parler d'enfant choisi, comme cela est souvent fait, lui semble particulièrement malheureux. L'enfant a été choisi pour certaines qualités, alors que d'autres ont été délaissés ; ne pourrait-il pas, lui aussi, en retour, être rejeté s'il déçoit ses parents ?

En fait, l'enfant réagit bien plus à l'état emotionnel des parents qu'à l'information qu'ils lui donnent.

Il ressentira leur anxiété indépendamment des efforts faits pour la lui cacher. S'il ressebt leur malaise, son imagination peut dépasser la réalité dans la production de monstres et de dangers. De plus, il existe certaines raisons militant en faveur d'une révélation précoce dès les premières années de la vie.

. Entre l'enfant et sa mère, existe une compréhension spéciale et, en lui révélant l'adoption, la mère lui apprend quelque chose qu'il savait déjà à un certain niveau. (Cf. le cas de PATRICIA).

. Les parents ont souvent besoin d'être relevés de leur anxiété au sujet d'une révélation éventuelle par un étranger.

. Les approches qui peuvent être faites par l'enfant pour être informé, le danger étant surtout d'insister pour informer un enfant qui résiste à entendre l'information.

. Le risque que les parents repoussent indéfiniment la tâche de révéler à l'enfant son statut et le grand danger que ce soit un adolescent qui apprenne son adoption de manière fortuite.

L'adolescent est normalement très critique et sans pitié avec ses parents ; apprendre à cet âge qu'ils ne sont pas ses vrais parents, et en plus qu'ils l'ont trompé, peut luxer profondément l'attachement de l'adolescent.

Enfin, si les parents ont liquidé leurs propres conflits et si la situation familiale est équilibrée, tout ce qui est dit au sujet de l'adoption sera plus ou moins sans danger.

D. KRUGMAN (23), critiquant SCHECHTER et Lilli PELLER, relève le fait que le terme de "vrai" parent n'est appliqué qu'aux seuls parents naturels.

Ils ont pourtant abandonné leur enfant et l'on peut se demander qui sont les "vrais" parents de l'enfant, ceux qui lui ont donné naissance ou ceux qui l'élèvent ? Une telle attitude, ne considérant comme vrais que les parents biologiques, peut à elle seule être source de difficultés psychologiques, et il est probable que la révélation de l'adoption par des parents qui s'identifient eux-mêmes comme les vrais parents n'entraînera pas les mêmes difficultés d'évolution de l'enfant.

Ceci nous amène à évoquer la nécessité de la sélection des parents adoptifs, nécessité reconnue actuellement par tous, malgré la difficulté d'une telle sélection. Nous n'insisterons pas plus sur ce sujet, une thèse lui ayant déjà été consacrée (Thèse de Mme Janine NOEL - Paris, 1959) : "On a trop longtemps considéré que l'adoptant faisait une belle action, que l'enfant adopté devait être reconnaissant de ce que l'on fait pour lui..., ce qui incline

naturellement à estimer que le seul fait de désirer adopter constitue en soi une garantie, l'échec de l'adoption étant alors imputé aux seuls adoptés."

Nous allons rapporter maintenant 11 observations d'enfants adoptés, vus à la Consultation du Professeur Clément LAUNAY et choisis sur le seul critère d'avoir été suivis pendant plusieurs mois par l'un des Médecins du Service, et celle de MYRIAM, qui est la dernière adoptée vue dans le Service. Elle et sa "future mère adoptive" n'ont été vues qu'une seule fois.

o

o o

1ère OBSERVATION

PHILIPPE H... est un enfant de 5 ans lorsqu'il est amené pour la première fois en consultation, pour :

- une attitude d'opposition systématique à l'égard de sa mère ;
- des colères ++, au cours desquelles il casse tout, décroche les rideaux, abîme les objets préférés de sa mère. La présence de son père le ramène immédiatement au calme.

Philippe est un enfant adopté à l'âge de 2 ans 8 mois. Né au Luxembourg, il a été confié dès sa naissance à une maison religieuse et y resta jusqu'à son adoption. Sa mère est venue le voir quelques fois et le lien juridique avec elle n'a été interrompu que quelques mois avant l'adoption.

Les parents adoptifs ont déjà adopté deux filles : Isabelle âgée de 5 ans, Béatrice âgée de 2 ans, quand Philippe est adopté.

Lors d'une première visite à l'orphelinat, Mr. et Mme H... sont séduits, et reviennent dix jours plus tard chercher l'enfant

en compagnie des deux fillettes.

Philippe ne parle pas le français et ne le comprend pas. Dans la famille adoptive, seul le père parle le luxembourgeois, mais quand l'enfant essaie de parler dans sa langue on lui répond en français pour qu'il s'habitue plus vite à la langue française.

L'enfant reste mutique deux mois, puis commence à s'exprimer en français. Les premières semaines, il est doux, timide, affectueux. Lorsqu'il commence à parler, il dit souvent : "Ca, c'est ma maman".

Mais dès les mois suivant son adoption, il commence à s'opposer à sa mère, et progressivement se montre de plus en plus violent, refuse tout ce qui vient d'elle, la provoque sans cesse : "Tu es malade, je suis bien content...", toujours en l'absence du père qui pendant longtemps pense que son épouse dramatise la situation et lui dit qu'elle "n'a pas la manière". Cependant, un incident survient qui fait penser au père que peut-être les dires de sa femme sont justifiés.

Philippe prend plaisir à boucher le lavabo avec de la pête à modeler ; le père, patiemment, le débouche, un jour, deux jours, en expliquant au garçon qu'il ne faut pas faire cela. Philippe répond à chaque fois : "Je le refera". Le troisième jour, le rendez-vous de consultation est demandé, deux ans après l'arrivée de l'enfant au foyer.

A cette date, il va à la maternelle où il est apprécié.

Au décours de cette consultation, où l'enfant se montre attentif, intelligent, coopérant, sans troubles graves de la personnalité, une psychothérapie est décidée.

<u>Les parents</u> :

Le couple a attendu un premier enfant 12 ans, avant l'adoption de Philippe ; enfant mort-né au 8ème mois de grossesse. Mme H... en est affectée pendant plusieurs mois. Aucune grossesse ne survient dans les années suivantes. Mme H... subit une néphrectomie unilatérale. Puis, 7 ans après la mort de leur premier enfant, ils font une demande d'adoption à l'A.P. et obtiennent une

petite fille âgée de 15 jours : Isabelle, dont le père dire : "Nous autres, parents adoptifs, nous préférons toujours l'aînée".

Deux ans plus tard, Mme H... est à nouveau enceinte, en est très heureuse, mais à nouveau la grossesse est interrompue au 7ème mois (mort de l'enfant). Mme H..., qui en est très déprimée, dira : "Isabelle m'a beaucoup aidée à remonter la pente".

L'année suivante, ils adoptent Béatrice à 15 jours, et, deux ans après Béatrice, Philippe, qui a un an de plus que Béatrice.

Isabelle donne toute satisfaction à ses parents : elle est affectueuse, intelligente, douée en math (Le père est polytechnicien), très attentionnée pour sa mère, cherche à l'aider, la protéger, s'inquiète de tout ce qui la touche.

Béatrice est calme, tranquille, sans doute la plus équilibrée.

Dans la famille, l'information sur l'adoption a été donnée très précocement. Il est habituel d'aller rendre visite à l'assistante de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), de dire que lorsque l'on désire un bébé on va chez Madame X...

Le couple donne une impression de bonne entente. Le père est un homme silencieux, réservé, qui parle peu de lui-même aux entretiens et, en famille, tempère l'excitation de son épouse. La mère est, par contre, joviale, expansive, très logorrhéique. Elle se présente comme une femme gaie, dynamique, avertie, <u>désirant avant tout être une bonne mère</u> parce que la sienne ne l'était pas.

Les premiers entretiens avec Mme H... mettent en évidence le refus de Philippe d'accepter sa situation d'adopté. Il réclame des photos de lui bébé, ne peut supporter d'en voir de ses soeurs. En même temps qu'il s'attache à sa mère, il lui reproche de l'avoir mis à l'orphelinat, de n'avoir pas été le chercher, malgré les dénégations véhémentes de sa mère qui essaie toujours de lui imposer la réalité. Souvent, il se bouche les oreilles pour ne rien entendre.

Philippe craint son père et n'a aucun contact avec lui. Il admire beaucoup Isabelle qui le maintient à distance. Il s'entend

très bien avec Béatrice, joue beaucoup avec elle à l'école maternelle où son institutrice le dit intelligent.

Sa mère a des doutes à ce sujet. Philippe manifeste peu d'intérêt, peu de curiosité intellectuelle ; son expression verbale reste maladroite.

Peu de temps après la décision de commencer une psychothérapie, Mme H... a une poussée hypertensive et des troubles du rythme. Philippe commence à dire à sa mère qu'il est bien content qu'elle soit malade..., que si elle meurt son père ira en chercher une autre...

Mme H... est hospitalisée. Ses troubles sont étiquetés fonctionnels et elle est alors suivie pour un état dépressif.

Le médecin somaticien conseille aux parents d'éloigner Philippe. Mr. H... en a très envie ; Mme H... dit que s'ils le font il sera démontré que c'est une adoption ratée. Ce qu'elle commence à penser, mais qui lui est intolérable : "Elle aurait tellement désiré être une bonne mère"... A la suite d'entretiens avec son psychiatre, elle dit qu'il l'a forcée à prendre conscience qu'elle n'a pas accepté l'interruption de ses deux grossesses ; elle pleure effectivement la perte de ses deux fils et dit : "Pourquoi me faut-il élever un enfant si difficile, alors que j'aurais pu avoir mes fils ?". Quand on lui suggère qu'ils auraient peut-être été difficiles eux aussi, elle répond : "Oui, mais ils auraient été à moi".

Puis, au cours de trois ou quatre entretiens, elle est amenée à dire qu'elle revit avec Philippe toutes les difficultés qu'elle a eues étant enfant avec son propre frère.

Celui-ci a toujours été très apprécié de sa mère, lui a toujours été donné en exemple ; elle se demande pourquoi. Il la dominait, la provoquait sans cesse, et elle dit : "Quand Philippe s'oppose, je me dis : Oh non ! cela ne va pas recommencer".

Elle raconte qu'elle retrouve en Philippe ces mêmes traits de caractère qui l'avaient tant fait souffrir chez sa mère et son frère et que récemment encore, voyant ensemble frère et mère, elle avait ressenti la même douleur qu'étant enfant.

De son père, elle parle peu : il était timide, dans l'ombre de sa mère. Celle-ci a d'abord critiqué l'idée de Mr. et Mme H... d'adopter des enfants, puis s'est prise d'attachement passionné pour Isabelle, tandis qu'elle continue à ignorer les autres et dit à sa fille que c'est sa bêtise qui l'a fait aller chercher Philippe, que cet enfant va l'épuiser.

De fait, il existe entre Philippe et sa mère une attitude de provocation qui va crescendo de réplique en réplique.

Au cours de la psychothérapie :

Philippe s'est d'abord rapproché de sa mère, lui envoyant des baisers par le trou de la serrure quand elle était malade, puis de nouveau très agressif, lui parlant de la tuer avec un couteau, allant même jusqu'à "l'acting out" : un jour où ils jouaient tous les deux, il courut à la cuisine brusquement et en revint avec un couteau, au grand effarement de sa mère.

Mme H... redoutait déjà l'impulsivité de l'enfant et dit à plusieurs reprises qu'elle "avait des frissons dans le dos en l'imaginant adolescent".

Puis, Philippe se montre beaucoup plus tendre, désirant l'avoir pour lui tout seul, la couvrant de baisers.: "Je suis ton amoureux", désirant partager son lit, s'étonnant que ce ne soit pas alternativement le tour du père et le sien.

Mme H... parle souvent de son mari en disant "papa". Philippe reprend également en disant "ton papa".

Comme il avait été décidé de lui faire prendre conscience de cette réalité que son père à lui était le mari de sa mère, un jour à la table familiale Mme H... le reprend en lui disant : "Mais non, ton papa à toi est mon mari ; moi, je suis sa femme et ta maman à toi. D'ailleurs, ton papa a une maman à lui qui est ta grand' mère...". - "Alors, dit l'enfant, qu'est-ce qu'il fait ici ? Pourquoi ne va-t-il pas habiter avec sa maman ?".

Mr. H..., lorsque sa femme présenta des symptômes dépressifs, se montra très strict à l'égard de Philippe. Philippe, en présence

de son père, était craintif. Progressivement, il sembla y avoir une certaine identification qui lui fit dire : "Nous, les hommes".

Pour Mme H..., Philippe fait de gros progrès. Mais, dit-elle : "Je ne le vois qu'au bagne et, du point de vue scolaire, ne dépassant pas le C.M.I..". "Les progrès qu'il fait ne peuvent être dus qu'à son évolution spontanée... Mais ce sera toujours insuffisant, vous n'y pouvez rien", dit-elle au cours du dernier entretien qu'elle a poursuivi en évoquant sa propre place dans sa famille, l'attitude de sa mère et de son frère, et le fait qu'elle n'avait pu se sentir indépendante de sa mère qu'après 40 ans.

Il faut souligner d'emblée, dans cette observation, l'importance des conflits vécus par Mme H... dans son enfance, avec sa propre mère et son frère pour l'établissement de sa relation avec son fils, d'autant plus que, comme son père, son mari est effacé.

Elle souffre encore de n'avoir pu mener à terme ses grossesses (dit : "Ah, si j'avais eu mes fils !") et est incapable de s'identifier elle-même en tant que mère et "bonne" mère. Elle revit à travers Philippe les conflits qu'elle est loin d'avoir liquidés et ne peut tolérer aucune agressivité de la part de l'enfant sans que cela redéclenche à nouveau chez elle toute l'agressivité accumulée contre son frère. (Elle dit, en parlant de Philippe : "Je ne l'imagine qu'au bagne".). Cependant, l'évolution de Philippe, grâce à la psychothérapie et au soutien de la mère, semble favorable.

Au début, l'enfant était très <u>culpabilisé</u> ("C'est parce que je suis méchant"), puis sont apparus des thèmes de <u>castration</u> (pour que la thérapeute lui prenne quelque chose, puis peur que ce ne soit l'autre maman). Il se sent toujours menacé par une image féminine, même lorsqu'il en trouve une positive.

Enfin, les thèmes de l'enfant mal-aimé, parce que ses parents ne sont pas ses vrais parents, de la mère qui laisse son enfant

n'importe où, "tant pis si une autre maman le prend".

Il est actuellement en pleine période oedipienne, avec quelques difficultés à résoudre ses conflits, avec persistance de la dissociation de l'image maternelle. Sa mère adoptive représente l'image positive, la thérapeute l'image négative.

o

o o

2ème - OBSERVATION

PIERRE B... est le deuxième enfant d'une fratrie de quatre, tous adoptés à l'âge de trois mois, sauf la dernière, adoptée à six mois et qui est Eurasienne. Ils ont tous été informés très tôt de leur statut d'adoptés.

Pierre a toujours été plus difficile que les trois autres. Dès l'âge de 3 ans, il crie, est opposant (à sa mère surtout), n'obéit pas, "fait des bêtises". Plus tard, il est énurétique, a différentes manifestations d'anxiété (agitation, onychophagie). Cependant, les parents ne consulteront pour la première fois que lorsque Pierre, âgé de 10 ans ½, a des problèmes scolaires. Il travaille mal en classe, ses résultats ne permettant pas l'entrée en sixième.

On note alors :

- que l'enfant est émotif, s'efforce de se contrôler, a un jugement puéril, présente un sentiment d'infériorité, il ne tolère pas le moindre échec ;

- des tests sont pratiqués et l'on trouve au Wise un niveau limite (Q.I. à 93), niveau d'entrée en septième.

Il est revu 2 ans plus tard. Pierre a alors 12 ans ½, est encore plus rebelle, insolent avec ses parents, ne travaille pas, est toujours collé, a fait deux fugues à cause de ces colles. "Il choisit les plus mauvais camarades...". On le change d'école, après l'école publique, l'école paroissiale, sans amélioration. Il travaille toujours aussi mal. Il est alors vu une dizaine de fois par le Professeur Clément LAUNAY, en entretiens psychothérapiques. Dès la première séance, il raconte le rêve "de la fée rouge" (Cf. DESSIN 1). C'est un rêve récidivant, connu de la mère, apparu tôt, alors que Pierre avait 6 ou 7 ans, et dont il a parlé et reparlé.

"La fée qui est toute rouge voulait tuer tout le monde. Elle va entrer dans la maison pour prendre les gens et les garder chez elle. Beaucoup de gens, même ma maman, a été transformée en sor-

cière comme elle. Ils faisaient pareil qu'elle, ils tuaient tout le monde, ou ils les emmenaient. C'était la nuit qu'elle venait ; la lune et les étoiles étaient avec elle".

La mère interprète ce rêve à sa manière, le rationalisant et l'imputant aux contes de fées racontés à l'enfant par son grand-père.

Mais cette anxiété vis-à-vis de l'image maternelle, vécue comme nocive, le conduisant à se venger de sa mère, se concrétise dans les faits. Il agresse sa mère, par des grossièretés, lui joue des tours, jette des serviettes qu'elle vient de laver, la bat. Si on cherche à le faire parler, il dit : "J'ai un secret, je veux partir, quand tu seras couchée je m'en irai".

Mme B... se souvient encore aujourd'hui (Pierre a 18 ans) avec beaucoup d'émotion du caractère pénible de tous ces incidents.

Les tests projectifs faits à cette époque (12 ans ½) confirment l'agressivité contre la mère "qui l'embête", alors que l'entente avec le père est bonne.

Le milieu familial :

Le père est fonctionnaire, hyperactif, désireux de bien faire.

La mère semble très chaleureuse ; elle paraît équilibrée, très simple et de bonne qualité.

On ne sait malheureusement pas comment est vécue la stérilité par ce couple.

Ayant déjà adopté trois enfants, ils ont certainement eu le tort de céder à leur besoin mystique de rendre service à une "laissée pour compte de l'adoption", une enfant eurasienne au type très accentué, adoptée 2 ans après le troisième enfant.

Pierre parle beaucoup de sa petite soeur, pour laquelle il a dû faire le coup de poing à l'école, pour les défendre - elle et sa mère - des moqueries de ses camarades. Les parents ont toujours refusé de parler de ce problème, qui a pourtant certainement joué un grand rôle dans l'ambivalence de Pierre vis-à-vis de sa propre mère.

A la maison, Pierre embête beaucoup ses frères et soeurs ; il est jaloux de son frère aîné, est très coléreux, effectue plusieurs petits vols.

Il a des préoccupations sexuelles précoces (DESSIN 2), est exhibitionniste et curieux des organes génitaux des autres, à la maison surtout, et les parents doivent être assez rigides sur ce plan, puisque cela entraîne la répression parentale.

Pendant 4 ans, on n'entend plus parler de lui. Il a alors 16 ans ½. Sur le plan scolaire et professionnel, l'échec est total il se fait renvoyer de partout, change sans arrêt d'établissement. A la maison, il est très renfermé, a volé à plusieurs reprises de l'argent à ses parents, fait des fugues ; on ne le revoit pas pendant plusieurs jours. C'est de justesse que l'on évite les plaintes contre lui. Il ne parle ni à sa mère ni à son père. Il dort mal ; ses parents l'entendent, le soir, marcher dans sa chambre.

Mme B... a cependant de lui, à cette époque, cette confidence : "J'ai peur surtout le soir". Il ferme tous les verrous, met des objets lourds à portée de sa main pour se défendre la nuit, parce qu'"il sait qu'un jour une femme le tuera". Il a peur d'être repris par sa mère naturelle et il pense à cela depuis 5 ou 6 ans.

Il se rappelle la "fée rouge" et en parle à la légère, en disant : "C'était ma mère".

Après toutes sortes d'avatars et deux ans de vie très troublée, il s'engage dans la Marine à 18 ans. Il y est maintenant depuis six mois ; cela va mieux. C'est la première fois qu'il se maintient aussi longtemps dans une collectivité.

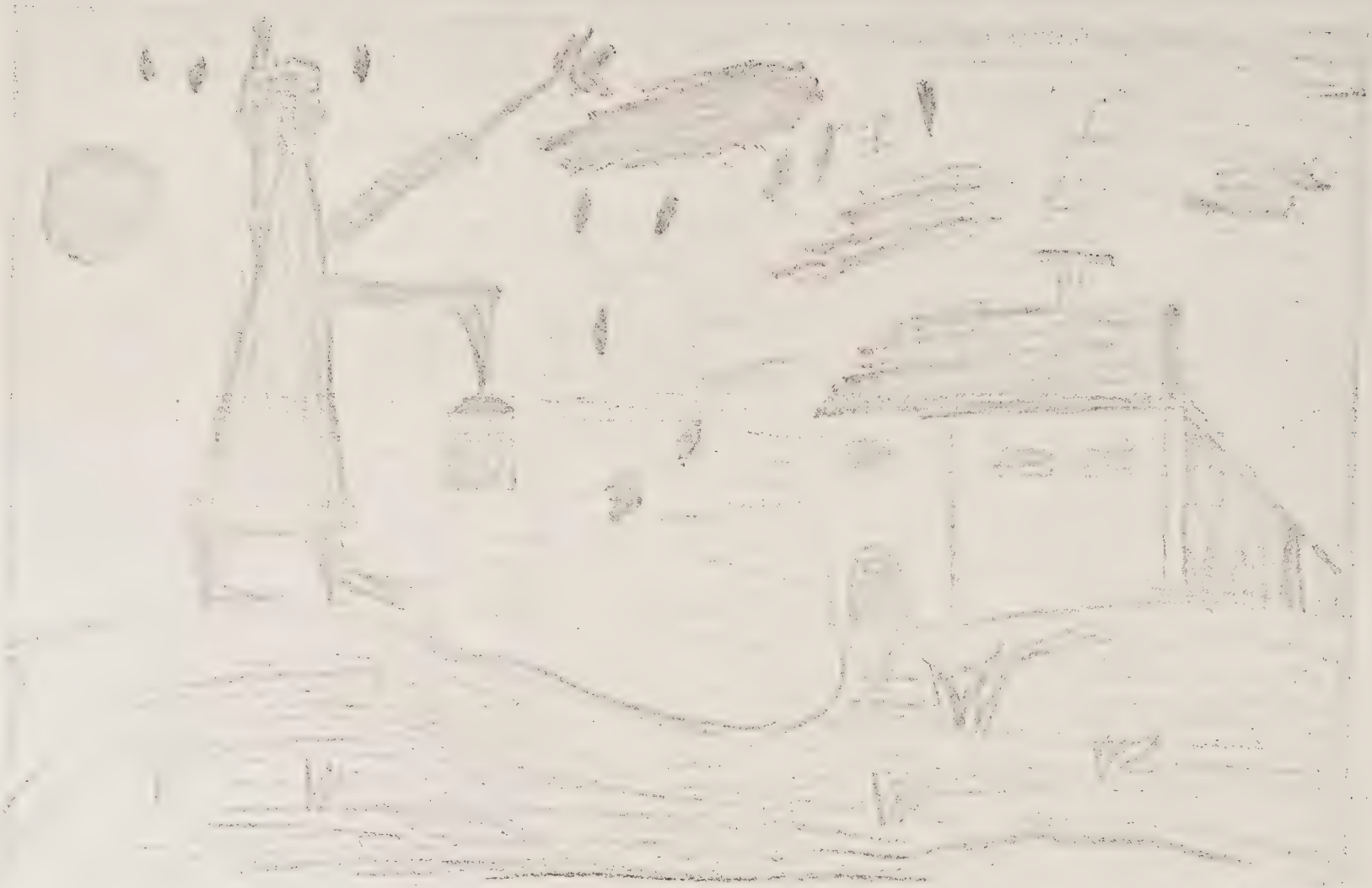
Cette observation est frappante par l'existence de la double image maternelle avec les perturbations dans la relation mère - enfant qui en découlent, l'anxiété liée aux fantasmes de l'enfant sur sa mère naturelle évoquée comme la fée rouge, la sor-

cière. Pierre ne peut accepter sa propre ambivalence envers sa mère adoptive. C'est tantôt elle, tantôt la fée rouge qui est la mauvaise mère avec, sous-jacente, l'insécurité liée à la crainte d'être repris par sa mère naturelle, ou plutôt d'être abandonné par sa mère adoptive, et lorsqu'il quitte sa famille c'est pour rejoindre la mer.

On ne sait rien des parents quant à la manière dont ils ont vécu leur stérilité, ni de leurs propres fantasmes sur les parents naturels.

o

o o



Nº 1

3ème OBSERVATION

ALAIN D... est un enfant âgé de 9 ans, amené en consultation pour des troubles caractériels. Il est décrit comme un enfant coléreux, impulsif, provocant et instable.

Histoire :

C'est un enfant adopté à l'âge de 15 mois. Abandonné dès sa naissance, placé en foyer nourricier jusqu'à son adoption. Celle-ci est faite sans aucune préparation. L'enfant passe directement de son foyer nourricier à son foyer adoptif où il hurle pendant 8 jours.

Premier enfant de deux adoptés. Il a environ trois ans quand on le prépare à la venue d'une petite soeur que l'on va chercher avec lui et dont il est d'emblée très jaloux.

A... est un enfant d'intelligence normale. Il est affectueux avec son père à qui il obéit, alors qu'il a avec sa mère une attitude très agressive et opposante.

On note, au cours de son développement, différentes manifestations d'anxiété : terreurs nocturnes, boulimie, colères impulsives, d'oppositions diverses (refus du pot en particulier).

On l'informe vers l'âge de 4 ans de son statut d'adopté, sans qu'il ait de réaction apparente. Mais il exprimera ultérieurement à plusieurs reprises le souhait d'avoir été dans le ventre de sa mère ; c'est surtout avec sa mère qu'il est opposant, agressif, lui dit des grossièretés et passe même à l'acte ; il la bat, lui donne des coups de pieds. Il ne supporte aucune frustration, surtout venant d'elle. Il a menacé de la tuer.

Avec sa soeur, il est également très agressif (la fait punir). Il a toujours été jaloux d'elle, lui déchirant ou abîmant ses affaires, lui faisant des farces, regrettant son arrivée dans la famille: "Elle n'avait qu'à ne pas venir." Mme D... prenant la défense de sa fille, c'est un motif supplémentaire de discorde.

A l'école, on le décrit comme distrait, sage, élève médiocre.

La mère adoptive :

Est âgée de 52 ans. La stérilité vient d'elle. Elle a fait deux G.E.U. avant d'adopter Alain et a subi une double ablation des trompes. L'adoption a été décidée après 13 ans de mariage, alors que Mme D... avait 43 ans.

Mme D... est une femme simple, un peu vulgaire, bien que son mari occupe une position sociale assez élevée.

Surtout, elle est peu expansive, captative, toujours sur le dos de son fils de crainte de bêtises.

Très ambivalente à son égard, elle exprime ses craintes au sujet d'une éventuelle hérédité kabyle de l'enfant, en raison de son aspect physique. Elle tente sans cesse de se justifier, de se déculpabiliser en mettant en avant les efforts qu'elle a dû faire pour éduquer son fils, en insistant sur les perturbations que crée le garçon dans la famille ; elle dit : "Je ne pense pas que cela serve à quelque chose de l'amener en consultation, mais comme cela je n'aurai rien à me reprocher".

Le père adoptif est plus ouvert, plus affectueux que la mère, plus tolérant, mais pris par ses affaires.

La relation père-fils est cependant meilleure.

Au cours de plusieurs entretiens, apparaîtront essentiellement :

- un désir de régression de l'enfant, désir de rester avec sa mère pour lui tout seul, au maximum désir de régression utérine exprimée dans le dessin de sa famille (PLANCHE 3) où l'enfant est pratiquement dessiné dans l'abdomen de la mère ;

- l'agressivité contre l'image maternelle, d'abord absente du dessin d'une famille canard (4), au cours d'une autre séance, et qui est ensuite dessinée de manière non structurée avec une agressivité extraordinaire, comme si l'image maternelle ne pouvait être représentée dans son intégrité (DESSIN N° 5).

C'est actuellement un garçon de 11 ans, toujours aussi agressif avec sa mère, mais également avec le père : "Tu n'as pas le droit de me battre, tu n'es pas mon père". Impulsif, violent, sans

aucun contrôle, et l'on craint une évolution sur un mode psychopathique.

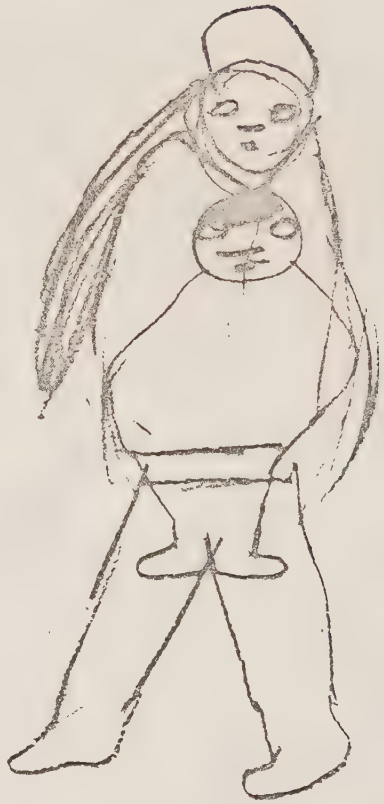
Des vols sont survenus au cours des deux dernières années. Vol d'argent à une monitrice, sans aucune culpabilité. "Je l'ai fait parce que ça me plaît", et avec une grosse revendication affective à l'égard de sa mère, toujours sur le même mode : "Tu n'avais qu'à être ma mère. Ah, si j'avais été dans ton ventre !". Tout se passe comme si toute frustration réactivait celle de ne pas avoir été dans le ventre de la mère.

o

o o

I

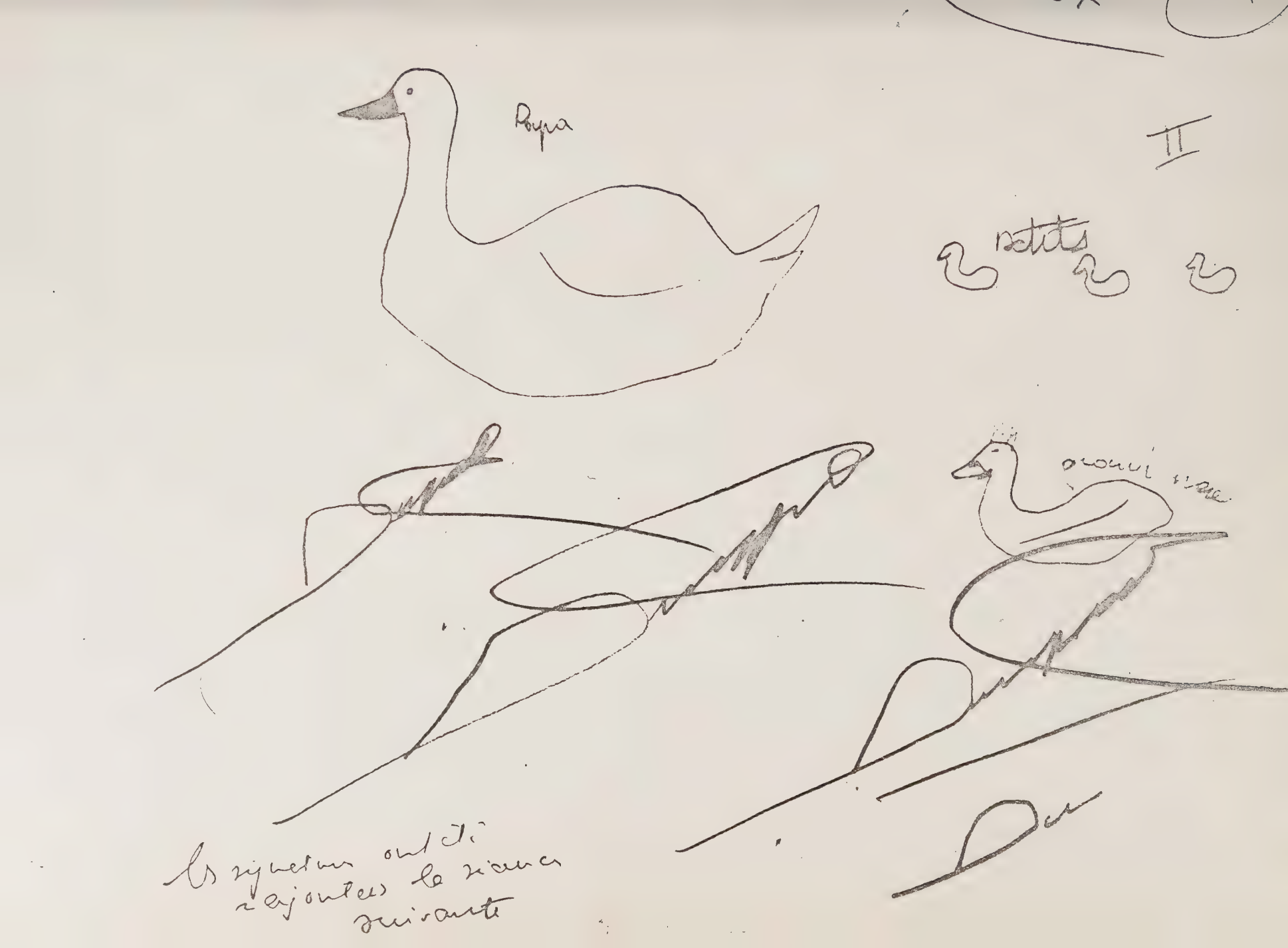
père



mère (+ un bébé qu'on porte sur les bras –)

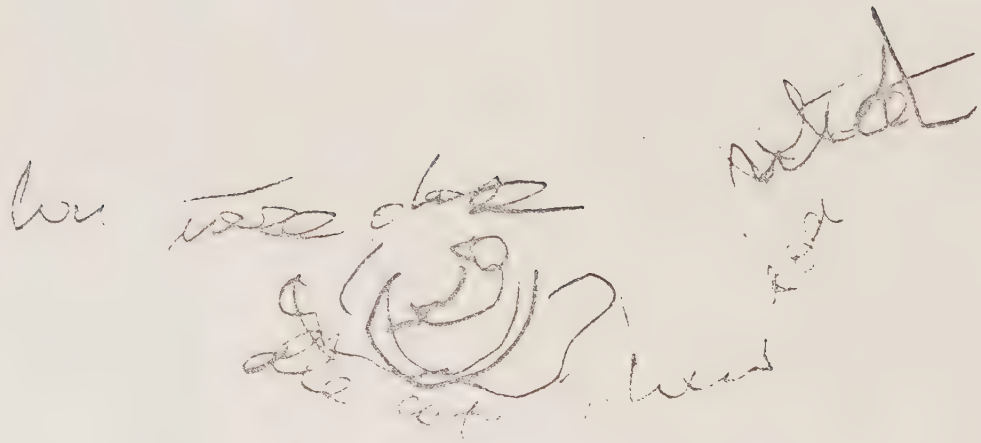
dessin de sa famille (j'ai dessiné ma famille quand j'étais petit – ma sœur était pâle – la connaissais pas... je sais quand on a été la [illegible]

→ c'est moi quand j'étais petit


Poupa
II
petits
Les signatures ont été rajoutées le séance suivante

22.6.67 (8)

[illegible]



4ème OBSERVATION

JEAN-RENE C... est âgé de 9 ans lorsqu'il est amené en consultation pour des troubles du comportement.

Histoire :

C'est un enfant adopté à l'âge de 2 mois ½, mis tôt au courant de sa filiation, vers 3 ans ½ ; il n'a pas réagi. Jusqu'à 4 ans ½, il ne pose aucun problème. Le début de l'agitation coïncide avec l'entrée à la maternelle. "Jusque là, c'était merveilleux", dit la mère. Mais à partir de l'entrée à l'école, il a des difficultés avec ses camarades, devient sournois, agressif. On le découvre gaucher.

A la maison, il devient très opposant, surtout avec sa grand' mère maternelle, vieille personne très interdictrice : "Je voudrais te tuer, je voudrais être seul", puis avec ses deux parents : "Je serai gentil avec tout le monde, sauf avec vous". Il devient très agressif, désordonné, fait l'école buissonnière. A partir de 6-7 ans, l'agressivité s'aggrave. Il obtient de mauvais résultats scolaires. A la gaucherie, s'ajoute un problème de dyslexie, très sérieux, qui entraîne des blocages, une multiplication des conflits. En Janvier 1964, il a presque 9 ans ; la tension familiale monte. Il exaspère ses parents. Tape, lance les objets à travers la maison, hurle et ameute les voisins, puis soudain se calme ; il est grossier, injurie ses parents, puis à nouveau se radoucit, etc..., et dit qu'il n'y peut rien. C'est alors que le Professeur Clément LAUNAY est consulté.

Le climat familial est gravement perturbé. La tension est grande. Le père surtout est exaspéré. Les bagarres père - Jean-René sont fréquentes. Mais au conflit père - fils s'ajoute le conflit père -grand'mère maternelle.

Le milieu familial comporte en effet, outre les parents, la grand' mère maternelle chez qui vit toute la famille.

Le père :

employé à la SNCF, avait 44 ans au moment de l'adoption. Très "vieux garçon" ; il s'est marié à 36 ans avec une femme du même âge que lui. C'est un homme qui parle peu, très sombre et renfermé, ayant des tendances obsessionnelles manifestes. C'est un psychasthénique. Il se lève très tôt le matin, met 1 h.½ pour s'habiller, vérifiant l'heure sans cesse, persuadé que l'autobus sera en retard.

La mère :

Du même âge que le père.

A perdu son propre père à l'âge de 4 ans. La grand'mère maternelle a travaillé durement pour l'élever, ainsi que sa soeur aînée, habitant dans un foyer de veuves de guerre et élevant ses enfants dans la mémoire du disparu.

La mère a beaucoup milité dans des oeuvres de Jeunesses catholiques. N'a jamais été fiancée.

A 31 ans, elle rencontre Mr. C..., sur présentation, mais refuse de l'épouser en raison de leurs différences de conception de la religion. Elle l'épouse cependant 5 ans plus tard, Mr. C... ayant perdu ses propres parents avec qui il vivait.

Mme C... dit : "Je le trouvais gentil". "Je me suis trompée. Dès le début, cela n'a pas marché." "Il n'a aucune conversation". "Il voulait quelqu'un pour s'occuper de sa maison."

Mme C... a toujours été très liée à sa propre mère, avec laquelle elle forme un couple dans lequel Mr. C... n'a pas accès. "Quand l'une parle, l'autre sait ce qu'elle va dire". D'où un conflit latent : grand'mère maternelle - père.

La grand'mère maternelle :

Est une vieille personne, n'aimant ni le bruit ni le mouvement Très frustrante pour Jean-René. C'est surtout elle qui était agressée au début (coups de pied, farces, méchanceté, etc...).

L'adoption, les deux conjoints le reconnaissent, a été désirée par la mère qui était déprimée de ne pas avoir d'enfants et pensait qu'un enfant la consolerait de son mari. Le père a "consenti",

Devant cette situation, une psychothérapie de l'enfant est entreprise, qui va durer trois mois, au bout desquels le thérapeute, pour qui c'est une décision exceptionnelle, conseille une séparation du milieu familial.

Pendant quinze jours, Jean-René est alors recueilli par une autre famille d'adoptants connaissant les C. Jean-René y a un comportement beaucoup moins agressif. Il est gentil.

Puis il part seul en colonie de vacances à Pâques. Tout s'y passe bien. A son retour, il est admis dans le Service du Professeur Clément LAUNAY.

Après 10 jours d'un comportement hypercontrôlé où l'enfant, totalement sur la réserve, ne crée aucun lien affectif, il se révèle agressif, très inquiet, tolérant mal les autres enfants, surtout les plus perturbés. Mais il s'adapte peu à peu, et en fin de séjour il semble pouvoir s'attacher à l'adulte dans une relation plus équilibrée.

Il apparaît alors évident que l'enfant, qui vit entre trois adultes vieillis très frustrants (pour le père et la grand'mère maternelle), ne tolère pas son milieu familial.

Les tests psychologiques vont confirmer un sentiment d'étouffement dans son milieu familial, avec un désir de se trouver en compagnie d'enfants de son âge, des relations familiales perturbées avec une confusion des rôles respectifs du père et de la mère, et une crainte du père avec peur de la castration.

C'est ce dernier thème qui s'exprime surtout lors de la psychothérapie : besoin d'identification au père et revendication phallique, accompagnée d'une angoisse de castration massive.

Mais la psychothérapie ne peut être poursuivie. Dès sa sortie de l'hôpital, le climat familial se détériore, redevient tendu, et l'on décide alors, arguant de sa dyslexie, un placement en internat spécialisé.

Dès lors, il restera pensionnaire au Petit Collège d'Issy-les-Moulineaux de 10 à 12 ans, puis, après une tentative de retour au foyer familial qui sera brève (trois mois), à Vincelle dans l'Yonne.

Il a actuellement 14 ans, est un peu plus tolérable et toléré à la maison où il ne rentre cependant que pour les week-ends.

Cette observation est intéressante, bien que les problèmes posés ne soient qu'indirectement reliés à l'adoption.

En effet, a posteriori, ce qui est certainement beaucoup plus facile à déterminer, de nombreuses conditions semblaient réunies pour que l'arrivée d'un enfant perturbe l'équilibre précaire de la famille C..., et l'on peut à juste titre se demander si un enfant légitime n'aurait pas entraîné les mêmes perturbations et lui-même réagi comme l'a fait Jean-René à ce milieu rendu si pathogène :

- par la personnalité du père obsessionnel psychasthénique,
- par l'entente très mauvaise du couple, Mme C... ayant seule désiré un enfant, certes pour lutter contre la dépression entraînée par sa stérilité, mais aussi pour se consoler d'un mariage qui ne l'a jamais satisfaite,
- par le couple symbiotique mère - grand'mère maternelle, auquel Mr. C... n'a jamais eu accès,
- et la mésentente père - grand'mère maternelle qui en découle,
- par toutes les frustrations qu'impose à un enfant un tel milieu, fait de trois personnes âgées ne supportant ni le bruit ni l'agitation.

o

o o

5ème. OBSERVATION

PASCAL V... est un enfant de 10 ans, amené pour des troubles du comportement en milieu familial, pour turbulence et agressivité.

Histoire :

C'est un enfant métis.

Adopté à l'âge de 8 mois par un couple âgé ayant déjà un enfant légitime de 29 ans, marié.

Pascal a toujours été un enfant triste, collé à sa mère.

C'est l'aîné de deux adoptés. Il a une soeur de 7 ans, également métis.

Les parents adoptifs :

Mr. V... est âgé de 62 ans (52 ans au moment de l'adoption). Il est chef comptable, déteste son métier ; quand il rentre le soir, il commence par rouspéter pendant une demi-heure, rendant sa femme responsable de tous ses soucis. Il est très "nerveux", dort de 2 à 4 heures par nuit. "Il faut qu'il vive sur les nerfs".

Mme V... est âgée de 56 ans (46 au moment de l'adoption). Elle s'est mariée à 17 ans à un homme âgé de 23 ans ; ils ont eu un enfant tout de suite. Puis, celui-ci étant marié, les époux s'entendant assez mal, "sans but dans la vie, chacun avec ses problèmes", ils décidèrent d'adopter un enfant.

Pascal a été informé très précocement de son adoption. Mais il semble n'avoir réalisé que vers 5 ans et réagi avec un grand désarroi.

C'est vers 7 ans qu'il réalise que sa mère est blanche. Il en souffre beaucoup. Dit à sa mère : "La nuit, je te passerai au cirage et tu seras comme moi."

L'insécurité qui en découle le conduit, dans sa relation avec

sa mère, à une attitude très ambivalente : besoin de la rendre présente à tout ce qu'il fait, pour susciter des conflits et la culpabiliser. Très fixé à elle, très régressif avec elle, qui doit toujours le tenir par la main.

A propos de son adoption, il dira à sa mère : "Ecoute, maman, tu as toujours été ma mère depuis que je suis gros comme une puce, alors on n'en parle plus".

Il existe chez Pascal, compliquant l'adoption, un besoin insatisfait de s'identifier à des parents blancs, lui étant noir ... impossible identification.

o

o o

6ème OBSERVATION

PATRICIA est une enfant de 12 ans, amenée en consultation pour des troubles du comportement dans la période prémenstruelle décrits par ses parents comme un refus anxieux de quitter sa maison, ses parents pour aller à l'école, comme un état régressif avec prostration ; elle passe la journée au lit, il faut la laver, la faire manger ; "elle semble vivre dans un monde irréel", dit sa mère.

Ses premières règles sont survenues 24 heures après une appendicectomie.

C'est le mois suivant que les troubles sont apparus, un peu avant les règles, durant 4-5 jours après leur survenue, et se reproduisant chaque mois pendant trois mois, avant que les parents, après avoir consulté leur médecin de famille et une gynécologue, ne conduisent l'enfant à la Consultation du Professeur LAUNAY.

Patricia est alors vue dans une période où son comportement est normal, et l'on conclut à "une angoisse liée aux règles et aux problèmes sexuels, avec manifestations de type hystéroïde". On conseille à la mère de ramener l'enfant lors des prochaines règles, lorsqu'elle présentera son comportement pathologique.

Mais les deux mois suivant cette consultation, les règles surviennent sans aucun trouble, et c'est le troisième mois que la mère demande l'hospitalisation d'urgence de l'enfant.

Histoire de l'enfant :

Les parents nous apprennent dès le premier entretien que Patricia est une enfant adoptée à l'âge de 21 mois et qui ignore son adoption.

Elle était chez une nourrice de l'A.P. ; les parents l'ont aperçue dix minutes avant de l'emmener avec eux. "Elle était blonde toute bouclée ; on l'a trouvée très mignonne et on est tout de suite partis avec elle comme des voleurs", dit la mère. "Elle

n'a posé aucun problème ; elle était calme, s'est tout de suite bien adaptée". "Nous ne savions rien de ses vrais parents ; elle devait être d'une assez bonne famille, car elle fait assez distingué ; elle a toujours été bien élevée, s'est toujours bien tenue à table, encore que, murmure la mère, si elle avait été d'une si bonne famille que cela... on ne l'aurait probablement pas abandonnée.".

L'enfance de Patricia, jusqu'à la puberté, s'est déroulée sans problèmes ; la mère souligne seulement une tendance aux rêveries, une certaine solitude ; Patricia a peu d'amis et préfère rester avec ses parents.

C'est son père qui parlera d'une tendance aux fabulations, de certains mensonges plus ou moins banaux.

- Elle garde l'argent de la cantine pour acheter des fournitures scolaires et rentre déjeuner seule à la maison. Ses parents ne s'en aperçoivent qu'après plusieurs semaines.

- Elle signe elle-même son livret scolaire sans le présenter à ses parents, en disant qu'elle n'est pas notée.

- A 9 ans, elle raconte à sa maîtresse que sa mère est à la clinique, car elle vient d'avoir une petite soeur et que c'est sa tante qui vient la chercher.

A propos de l'information de son statut d'adoptée, les parents ont essayé à plusieurs reprises d'annoncer à Patricia qu'elle était adoptée ; lors d'émission de télévision sur ce sujet, en lui expliquant que de tels enfants étaient choisis tout spécialement et en lui demandant finalement : "Ca te plairait, à toi, d'être adoptée ?", et devant les dénégations de l'enfant "qui était comme un mur", ils ont toujours reculé.

Actuellement, ils pensent que Patricia peut ignorer toute sa vie cette réalité. Ils ont déménagé, coupé les ponts avec toutes les personnes qu'ils connaissaient à cette époque, et seuls les grands-parents maternels vivant à la campagne et leur voisinage sont au courant de l'adoption.

Les parents ont d'ailleurs craint que Patricia en ait eu

quelques échos pendant les grandes vacances passées chez ses grands-parents, et l'ont questionnée discrètement à ce sujet : "Tu n'aurais pas appris quelque chose, ma chérie ? Même si c'est quelque chose qui te semble extraordinaire, tu peux nous le dire...".

Les parents :

L'entente du couple semble très bonne.

La mère semble en être l'élément dominant. Elle a 44 ans, avait 33 ans lors de l'adoption. Elle est employée de banque, n'a cessé son travail que pendant un mois au moment de l'adoption.

Elle s'est mariée à 23 ans. La stérilité semble partagée, mais la mère ne parle que de la sienne. Elle a consulté pendant un an en gynécologie, puis a cessé toute consultation, alors qu'on lui proposait une intervention sur les trompes. Son mari disait : "Quant à perdre et ma femme et mon enfant, je préfère au moins garder ma femme". C'est une femme très active, parlant beaucoup, très vite, hyperprotectrice à l'égard de sa fille dont elle a toujours devancé les questions.

Par exemple, craignant les questions de Patricia sur les premiers mois de sa vie et l'absence de photos d'elle, bébé, les parents lui ont raconté que sa mère était trop fatiguée pour s'occuper d'elle et qu'elle a été élevée en nourrice pendant plusieurs mois.

Le père : 48 ans, contremaître.

Semble avoir des difficultés de communication, d'autant que sa femme lui laisse peu la parole. Il nie beaucoup moins que sa femme l'anxiété qu'il éprouve devant l'état de sa fille.

Il nous apprend qu'à l'intervention sur les trompes de sa femme devait s'ajouter une insémination artificielle.

L'idée de l'adoption a fait son chemin ; les parents ne peuvent plus dire à qui elle est venue en premier.

La mère préférait une fille, pensant qu'elle ne saurait pas élever un garçon. Je ne regrette qu'une chose, dit-elle, c'est de ne pas en avoir pris deux.

A l'arrivée de Patricia dans le Service, on est d'emblée très étonnés devant la présentation de l'enfant : figée, au faciès inexpressif, se passant sans cesse de manière ininterrompue l'index sous le nez. Répondant aux questions d'un ton monocorde, impersonnel, avec un certain degré de confusion : elle sait qu'elle est à l'hôpital, mais dit qu'on va l'opérer de l'appendicite, qu'on lui a fait une piqûre pour l'endormir ; à trois ou quatre reprises, au cours de l'entretien, elle semble émerger de ses réflexions intérieures et demande de manière stéréotypée : A quelle heure mange-t-on ici ?

Elle tient, tout au long de la journée, un discours souvent incohérent, se promène avec sa feuille de température, l'observe et, s'adressant à un interlocuteur imaginaire, dit : "Oui, Patricia, vous savez, elle a été à l'hôpital pour se faire opérer... Oui, oui..., tout va bien", ou réclame sans arrêt de la "vache qui rit" à l'éducatrice.

Elle semble tout à fait en dehors de la réalité qui l'entoure, n'est pas opposante, mais est incapable de se laver seule, ne mange que sur adjonction, ne va pas spontanément vers les autres, mais apprend cependant rapidement leurs noms, ne participe aux activités que si l'on s'occupe d'elle.

Ce comportement va persister trois jours.

Le quatrième jour, Patricia semble émerger d'un rêve, a perdu son regard absent, participe aux activités du groupe. Le cinquième jour, ses règles surviennent. Son comportement est alors transformé. Elle participe de manière active à la vie de la salle, malgré le peu d'imagination qu'elle semble avoir. Son comportement est tout à fait bien adapté. Elle sait qu'il s'est passé quelque chose, mais ne peut expliquer, dit : "J'ai eu ma crise", et elle raconte que, lorsque sa crise débute, elle a comme un voile noir devant les yeux, comme une boule dans la gorge.

Elle parle des contes de fées qu'elle apprécie beaucoup, d'un cauchemar qu'elle fait très souvent, dans lequel ses parents sont morts et où elle se retrouve toute seule.

Des tests projectifs sont alors pratiqués, et le résultat du T.A.T. nous a beaucoup étonnés, car, en dehors d'une certaine curiosité de la vie sexuelle, qui n'a rien d'anormal, on note l'existence de deux familles successives. La deuxième mère est ressentie comme chaleureuse et compréhensive, et le récit qu'elle donne d'une planche (13 B), représentant un petit garçon songeur assis sur le pas d'une porte, semble un reflet assez exact de sa situation.

Voici son récit : "Un petit garçon pensait à ses parents qu'il n'avait pas. Ils étaient morts tous les deux. Alors, un homme et une femme vinrent et dirent au petit garçon : "Viens, nous allons t'apprivoiser." Ils le prirent, l'emmenèrent avec eux ; ils l'ont soigné, l'ont gardé tout le temps. Ils voulaient avoir un enfant, mais n'en avaient pas. Le petit garçon préférait ses nouveaux parents, parce que, chez les autres, il devait toujours se tenir bien à table".

Patricia passe encore huit jours dans le Service après l'arrivée de ses règles. Son comportement reste identique. Elle apparaît comme une petite fille très infantile, fixée à sa mère qui la maintient dans cette situation.

Elle raconte d'autres rêves, où il est toujours question d'abandon : "Je suis chez ma grand'mère maternelle ; mes parents sont morts, mais je ne le sais pas. Je sais seulement que l'on me cache quelque chose, et je suis si mécontente que je m'en vais toute seule".

Patricia quitte le Service. On décide de continuer à voir régulièrement ses parents surtout, très gênés pour tout traitement psychothérapique de l'enfant par la décision des parents de continuer à lui cacher qu'elle est une enfant adoptée.

Cette observation mérite quelques commentaires immédiats :

A)- Sur le plan diagnostique, tout d'abord, car deux diagnostics nous étaient suggérés : un épisode psychotique, un épisode de

dépersonnalisation hystérique vers lequel font pencher "la régression rapide, la boule dans la gorge, le voile devant les yeux,etc.

B)- Surtout est intéressante la signification que l'on peut donner aux symptômes.

La première menstruation représente en effet, pour la fillette, un événement d'une importance extrême, premier témoin sensible de l'accession à la féminité, à la fécondabilité. C'est à la maternité qu'elle renvoie. Les règles témoignent en effet de la possibilité de grossesse. "Accepter d'être réglée, c'est se sentir capable de devenir mère comme sa propre mère en a donné le modèle, de s'émanciper d'elle, de renoncer aux satisfactions passives de la première enfance,et d'accéder aux satisfactions de la vie adulte" (RACAMIER).

La survenue d'un épisode régressif avec anxiété extrême au moment des règles semble pouvoir être rapprochée de l'attitude de la mère, voire du père de Patricia, vis-à-vis de la sexualité. Attitude que l'on peut apprécier sur :

1- l'impossibilité à révéler l'adoption, car la révélation suppose une véritable information sexuelle. (Patricia interrogée répond que sa mère lui a appris comment naissaient les enfan en disant : "C'est à la mi-temps des règles que l'on peut avoir un bébé !!!!" , c'est-à-dire annulant toute sexualité.)

2- la manière dont la grossesse est vécue comme dangereuse, voire mortelle : "Plutôt que de te perdre toi et l'enfant, je préfère adopter", dit le père ; et la mère reprend ces paroles à son compte.

3- enfin l'attitude de la mère, devançant toutes les questions de sa fille, inventant même à son égard une espèce de roman familial sur les premiers mois de sa vie, lui permet de dire que Patricia n'est pas curieuse, pose peu de questions.

On peut aussi souligner le fantasme des parents, vivant l'adoption comme un vol d'enfant : "Nous sommes partis comme des voleurs", témoignant de leur culpabilité vis-à-vis de leur propre image maternelle.

Comme l'explique SOULÉ (51), l'adoption peut raviver l'ancien fantasme (constant chez la petite fille) de prendre l'enfant du père dans le ventre de la mère. Celle-ci a alors le droit de rétorsion, ce qui explique que l'adoption puisse être vécue comme un rapt d'enfant, et la crainte que la mère naturelle ne vienne le reprendre.

o

o o

7ème OBSERVATION

PHILIPPE A... est un enfant âgé de 5 ans ½ lorsqu'il est amené en consultation pour des troubles du sommeil, difficultés à s'endormir et, disent les parents lors du premier entretien : "bien qu'actuellement il n'y ait aucun problème ... pour éviter qu'il n'y en ait plus tard".

Histoire :

C'est l'aîné de deux adoptés. Il a été adopté à l'âge de 5 mois et mis très tôt au courant de sa situation d'enfant adopté.

Il a 3 ans lorsque le couple adopte un deuxième garçon, âgé de 9 mois.

Philippe a toujours été un bébé nerveux. Il a présenté une période de vomissements vers l'âge d'un an, une période d'anorexie vers 18 mois, qui cède cinq jours après la consultation d'un pédiatre. Il reste actuellement difficile sur le plan alimentaire.

Enfin, son sommeil est perturbé par une agitation motrice, par des cauchemars (Il rêve que sa mère se casse la tête).

Il a été propre à 9 mois, dit la mère, mis très tôt sur le pot et maintenu malgré ses hurlements.

Le milieu familial :

Le père adoptif est âgé de 38 ans. Il est très attentif et chaleureux à l'égard des enfants, mais un peu trop intellectuel.

La mère est âgée de 31 ans. C'est elle qui est stérile (section des trompes pour kyste de l'ovaire ?). Elle semble en être très culpabilisée. Très intellectuelle, elle n'a pu établir avec son enfant qu'un lien uniquement verbal.

Tous les deux sont très exigeants à l'égard de l'enfant, très rigides, et ont une attitude très anxiogène, le plaçant toujours devant son échec en lui montrant leur mécontentement ; par exemple, s'il se trompe de pied en mettant ses chaussures, on le laisse toute

la journée avec ses chaussures ainsi mises pour qu'il comprenne bien...

Les parents forment un couple d'amoureux, assez distant des deux enfants.

Le père dit de sa femme (qu'il vouvoie) qu'elle ne sait pas être une mère : "Vous ne savez pas prendre les enfants, ma chérie", dit-il. Le père, lui, par contre, se pose en bonne mère, prenant la place de sa femme : "Je ne supporte pas quand elle frappe les enfants".

La mère, bien qu'elle s'en défende (actuellement, il n'y a aucun problème), apparaît comme très angoissée. Elle ne supporte pas l'angoisse de son enfant, qu'elle ne comprend pas.

Une psychothérapie de l'enfant est proposée, bien acceptée par l'enfant et par la mère, mais celle-ci accueille défavorablement l'idée que la psychothérapeute est une femme. Elle se sent incapable d'être mère et voit une rivale dans la psychothérapeute. Cependant, après deux séances de psychothérapie, elle dira : "Cela va beaucoup mieux ; nous étions au bord de la crise".

Les tests projectifs pratiqués confirment le problème de la relation avec la mère.

Philippe éprouve un fort sentiment d'insécurité, en relation avec une figure maternelle perçue comme agressive.

Il dessine un rêve où "une dame méchante, quand même jolie, pousse un garçon qui tombe". La maman fait peur. Ce sont les pères qui assument un rôle favorable, mais restent lointains et ne constituent pas pour l'enfant un soutien efficace.

Le garçon se sent en danger et s'identifie généralement à un bébé.

o

o o

8ème OBSERVATION

JEAN-FRANÇOIS est un enfant de 13 ans, adressé à la Consultation du Professeur Clément LAUNAY pour vols incoercibles.

C'est un enfant adopté à l'âge de 15 mois par des parents qui déjà s'entendaient mal. Jean-François a toujours présenté des troubles du sommeil dès l'âge de 9 mois.

La mère a 39 ans au moment de l'adoption. Elle est antiquaire. Brave, mais très envahissante, très castratrice, si l'on peut résumer ainsi son attitude dominatrice.

Le père est âgé de 36 ans. Ingénieur. A une personnalité très forte, telle qu'on l'a présenté.

C'est lui qui est responsable de la stérilité (azoospermie). Il n'a que consenti à l'adoption qui était désirée par la mère et dont le père dira : "La première c... qu'on a faite est d'avoir un chien ; la seconde, c'est d'avoir adopté Jean-François"...

Les parents adoptifs se séparent lorsque Jean-François a 5 ans, et c'est à cette occasion qu'il est informé de son adoption. La mère se remarie quand il a 11 ans. Mais des vols débutent à l'âge de 8 ans.

Vol d'argent dans le sac de sa mère, vols de livres, de timbres, de porte-clefs. Il dérobe 300 Fr. à la personne qui le garde, les remet à son père pour que celui-ci les place à la Caisse d'épargne !

Il prend des fruits le soir, les cache sous son lit, vole différents objets à Monoprix. C'est surtout depuis les derniers mois précédant la Consultation à Hérold que les vols se multiplient.

Il vole un vélo et va immédiatement acheter un antivol. En vole un autre dix jours après avoir été découvert. Il vole une montre dans la sacoche d'un camarade, vole un micro au cours d'allemand.

Sa mère le décrit comme un enfant débrouillard, plein d'initiatives, mais menteur, désobéissant, ayant un comportement extravagant ; il est négligent, détruit ses affaires.

Il présente quelques manifestations d'anxiété, s'endort toujours difficilement, fait des cauchemars, est boulimique.

Son travail scolaire est irrégulier, bien qu'il soit intelligent.

Au foyer, il est très affectueux avec sa mère qui se dit trop indulgente.

Le père, depuis la séparation des parents, continue à voir Jean-François toutes les semaines, l'emmène en vacances, le gâte beaucoup.

Par contre, Jean-François s'entend très mal avec son beau-père, cherche à détruire tout ce qu'il fait, et il existe un conflit permanent entre la mère et le beau-père de Jean-François au sujet de son éducation.

Il y a deux ou trois ans, une première tentative de psychothérapie avait été faite (Jean-François avait alors 10 ans), mais vite interrompue par la mère qui est anxieuse, très culpabilisée et ambivalente à l'égard de la psychothérapie qu'elle ressent comme une intrusion dans son propre domaine et dans celui de sa relation avec son fils.

Aux tests projectifs, apparaissent essentiellement : forte agressivité contre la figure paternelle avec désir de mort. L'absence de figure masculine à laquelle s'identifier, la figure paternelle étant dévalorisée, méprisée. Enfin, l'immense revendication affective à l'égard de la figure maternelle.

Une psychothérapie est alors à nouveau conseillée.

Jean-François vient régulièrement à ses séances, parfois un peu en retard, mais il explique alors le motif de son retard. Son discours est imprécis, mystérieux ; il dit ne pas avoir d'opinion personnelle ni d'avis, ni l'habitude de décider ni de choisir. Il "compte" sur la psychothérapeute pour le faire. Son débit verbal est lent, monocorde, très contrôlé ; il se veut poli et demeure très conventionnel en apparence.

Il y a une discordance que l'on perçoit intuitivement entre ce qu'il dit et ce qui constitue ses centres d'intérêt profond.

Cela semble sous-tendu par une culpabilité et une agressivité intenses. Il se méfie de tout interlocuteur. Il s'agit pour lui d'être plus malin que l'autre.

Les quelques fantasmes exprimés librement ont trait à un désir très régressif de "dormir au soleil le long de la mer", ceci accompagné de bâillements fréquents pendant les séances. Il semble vouloir fuir dans le sommeil.

Il évoque aussi ses difficultés à dormir et se souvient d'avoir ressenti cela comme très pénible pendant sa petite enfance.

Les vols ont été présentés comme des "emprunts". "Prendre" est pour lui quelque chose de très érotisé, qu'il cache mais auquel il ne peut renoncer. Cela semble être aussi pour lui récupérer quelque chose qu'on lui a pris, et il fait en sorte qu'on ne le lui reprenne plus.

Il n'a pas encore payé à la thérapeute les deux derniers mois d'honoraires, que lui a remis sa mère. Il dit ne pas les avoir reçus et ne supporte pas encore qu'on approfondisse ce problème.

En conclusion, il semble s'agir d'atteinte grave de la personnalité. Jean-François se comporte comme un pervers ; l'angoisse est peu perceptible et se manifeste par un besoin de fuite dans le sommeil. Il semble ignorer la possibilité d'une relation humaine chaleureuse.

Dans cette observation, l'adoption ne semble être qu'un des éléments de l'anamnèse parmi d'autres facteurs très pathogènes probablement très précoces, comme en témoignent les troubles du sommeil antérieurs à l'adoption. Parmi ceux que nous connaissons, il faut rappeler la mésentente des parents, leur séparation en pleine période oedipienne de l'enfant (5 ans), la révélation de l'adoption à cette occasion, la personnalité très castratrice de la mère, opposée à la personnalité floue du père, puis du beau-père.

o

o o

9ème OBSERVATION

CHRISTOPHE est un enfant de 3 ans ½, pupille de l'A.S.E. en situation d'abandon, admis dans le Service du Professeur Clément LAUNAY, pour que l'on décide de son adoptabilité éventuelle.

Reconnu par sa mère qui s'en est vite totalement désintéressée et le dépose à Saint-Vincent de Paul à l'âge de 8 jours, il a subi, jusqu'à son admission à Hérold, huit placements nourriciers différents. Les cinq premiers ont été interrompus pour des motifs divers, tels que départ ou maladie des nourrices ; mais pour les trois derniers (entre 2 ans ½ et 3 ans ½), c'est son comportement qui entraîna le rejet de trois nourrices successives.

Christophe est décrit comme très agressif avec les autres enfants, en particulier les plus jeunes que garde sa nourrice (saute à pieds joints sur la figure d'une petite fille, lui passe une ficelle autour du cou pour l'étrangler, la pique avec une fourchette, etc...), avec les objets qu'il casse, abîme. Il est anorexique, mais mange "tout ce qui est sale", dit la nourrice : les limaces, les vers de terre, puis se fait vomir.

Ces épisodes d'agressivité surviennent de manière très impulsive, non contrôlée, et entre eux il existe des périodes de comportement presque normal. Mais la nourrice qui l'amène ne le supporte plus et l'exprime devant l'enfant.

On ne sait pas grand'chose de ses parents, sinon que sa mère naturelle est elle-même ancienne pupille de l'A.P., a deux autres enfants plus jeunes que Christophe, également en nourrice, et à qui elle rend rarement visite. Son père est Nord-africain ; on ne sait rien de plus.

<u>Dans le Service</u> :

- Christophe ne dit rien au départ de sa nourrice. Il apparaît d'emblée très à l'aise dans la salle, très souriant ; mais il devient vite captatif avec tous les adultes de manière indifférenciée, sans établir de relation privilégiée avec aucun d'eux.

- Dans le groupe, il est très régressif, se met sous la protection des plus grands ; c'est le bébé du groupe, très régressif également avec l'éducatrice ; il refuse tout effort pour acquérir une certaine autonomie (manger seul, se déshabiller, par exemple). Il supporte très mal l'arrivée de plus petits que lui, avec qui il est très agressif, surtout verbalement : "Je vais casser ta tête, sauter sur tes pieds, etc...". Il ne s'attaque jamais aux grands.

Très vite, apparaît une anxiété massive qui s'exprime par des thèmes de dévoration d'animaux menaçant des bébés (Le loup mange les pieds des bébés) ou lors de questions autour de la naissance et de la famille, et se transforme vite en agressivité (trépigne, tape l'éducatrice, veut lui crever les yeux). Il se crée des parents imaginaires qui lui apportent des cadeaux, qu'il voit dans la cour, et qui parfois sont méchants: "J'ai peur ; mon papa va me battre parce que je suis méchant", sur qui il projette sa propre agressivité.

- Avec les adultes, la revendication affective est massive. Il demande à être pris sur les genoux, dans les bras, demande du pain, des bonbons, des chaussettes ; s'agrippe à n'importe quel adulte qui passe et l'appelle volontiers "maman" ou "papa", et dit "Fais manger moi. Veut boire au biberon".

Devant cette situation et malgré plusieurs éléments apparemment très défavorables à l'adoption éventuelle (l'âge déjà élevé de l'enfant : près de 4 ans ; les placements nourriciers successifs : 8 de 8 jours à 3 ans ½), on propose l'enfant à un couple d'adoptants qui, connaissant ces éléments défavorables, acceptent les risques de cette adoption.

La future mère adoptive est une femme intelligente, très contrôlée, très intellectuelle. C'est elle qui est stérile.

Le futur père est un peu en retrait vis-à-vis de sa femme, semble plus sensitif qu'elle.

Tous deux viennent voir une première fois l'enfant à l'hôpital, après qu'il ait été préparé à la venue de ses futurs parents adoptifs. Après cette première visite, on note un changement impor-

tant dans le comportement de l'enfant. Il est beaucoup plus participant dans les jeux et les activités du groupe, sans demander toujours à être sur les genoux de l'adulte. Il se situe davantage en garçon qu'en petit bébé. Il manifeste beaucoup moins d'hostilité envers les plus petits. Il parle de ses futurs parents adoptifs, de leur maison, en disant "mes parents", "chez moi" par opposition à l'hôpital.

Après plusieurs visites, il passe un week-end chez ses parents adoptifs, ne veut plus rentrer à l'hôpital et, après leur départ, pleure et sanglote jusqu'à ce qu'il s'endorme.

Il a sans cesse besoin d'être sécurisé pour savoir s'ils vont revenir. Cette anxiété s'atténue au fur et à mesure qu'il se rend compte de leur permanence. Les visites des futurs parents sont en effet quotidiennes. Christophe montre une grande joie à les revoir, les réclame, les embrasse. Dès lors, son comportement devient celui d'un petit garçon turbulent, opposant, qui commence à affirmer "son moi", pour lui-même et pour les autres, adultes et enfants. Il a envie de grandir et non plus de se maintenir volontairement en état d'infantilisme.

Les futurs parents prennent l'enfant à l'hôpital après quinze jours de visites quotidiennes et quatre mois après qu'il y ait été admis.

Arrivé au foyer des parents adoptifs, Christophe est très anxieux, inspecte tout, semble très méfiant. Des troubles du sommeil apparaissent, obligeant le père et la mère à rester près de lui le soir et à lui tenir la main jusqu'à ce qu'il s'endorme. Il se réveille plusieurs fois par nuit et, ne voyant plus ses parents près de lui, appelle "sa mère". Celle-ci est très compréhensive, le rassure, et très vite un bon lien s'établit entre elle et l'enfant. Elle vient régulièrement tous les mois parler de l'enfant avec un médecin du Service. Il reste très instable, très excitable, mais serait plus calme depuis que sa mère ne travaille plus. Jusque là, celle-ci travaillait à mi-temps, et Christophe était alors gardé par le G.M.M. qu'il ne supportait pas, avec qui il se montrait très agressif, lui crachant à la figure.

Au retour des grandes vacances, Christophe semble très content et détendu en retrouvant "sa maison". Les troubles du sommeil ont disparu. Il parle de son passé à plusieurs reprises à sa mère adoptive, évoquant "sa maman d'avant", demande où elle est, veut aller la voir. Devant son insistance, sa mère adoptive est amenée à dire que c'est impossible ; l'enfant semble alors en être soulagé, comme si cette demande avait été faite pour tester sa mère, craignant qu'on le rende à sa maman d'avant. Il se met alors à parler d'une dame méchante.

9 mois après son arrivée au foyer des adoptants,

Tous les symptômes ayant motivé son hospitalisation ont disparu. Il dort bien, mange bien, est très sociable, très gentil avec les animaux et les bébés. Il réclame beaucoup la présence de sa mère, mais aussi de son père dont il accepte mieux l'autorité ; le lien avec le père semble avoir été plus long à s'établir et la mère dit au début "avoir senti la nécessité de restaurer le père". Christophe est content de voir son père partir le matin, mais content aussi de le voir revenir le soir.

Sur le plan intellectuel, il a une appétence pour la nourriture intellectuelle, un raisonnement, une association d'idées personnelles, qui font l'admiration de sa mère. Elle commence à lui parler de l'école ; il veut bien y aller, à condition que sa mère vienne avec lui ; puis, dans un second temps, qu'elle reste à la porte à l'attendre toute la journée.

Il se passe beaucoup de choses entre eux. Elle paraît très attentive à ce que l'enfant exprime, très proche de lui.

Il lui dit souvent : "Je t'aime bien maman ; tu es gentille", et elle perçoit l'anxiété sous-jacente et en souffre. Elle pense que Christophe n'est pas assez sûr d'elle. Elle dit qu'il lui arrive de penser qu'on pourrait le lui reprendre (Le conseil de famille n'a pas encore déclaré l'enfant adoptable !) et elle sent alors quelque chose de viscéral. Elle se sent capable de faire l'impossible pour le garder (peut-être pas un scandale, pour ne pas lui nuire)

Elle dit qu'elle supporte très bien de rester chez elle et

qu'elle ne reprendre son travail après une année de mise en disponibilité que si Christophe est en mesure de l'accepter. C'est le premier entretien au cours duquel elle pourra parler un peu d'elle-même. Jusque là, on avait été frappé par la distance qu'elle prenait vis-à-vis de la situation.

Elle relate un fait récent. Elle était dans la rue avec Christophe, quand est passée une femme enceinte. Christophe s'est étonné et sa mère lui a expliqué que cette dame allait avoir un bébé. L'enfant lui dit alors : "Moi aussi, j'ai été dans ton ventre". Sa mère a l'impression qu'elle ne peut trop brutalement lui infliger la frustration d'une dénégation et dit : "Tu as été dans le ventre d'une maman". Il répond : "Je voudrais retourner dans ton ventre", et elle dit : "Je ne pouvais pas être plus précise. J'avais l'impression qu'il avait besoin de sentir qu'il avait été dans mon ventre".

Devant cette observation et le changement de comportement de l'enfant un an après le rejet par sa huitième nourrice et neuf mois après son recueil par sa future famille adoptive, l'on se sent très optimiste, d'autant plus que la disponibilité de la mère, qui a cessé son travail peu de temps après l'arrivée de l'enfant au foyer, les entretiens qu'elle continue d'avoir avec un médecin du Service, sont des éléments de bon pronostic.

Mais un recul supplémentaire est nécessaire, car il ne faut pas oublier que les premières années de l'adoption sont presque toujours décrites par les parents adoptifs comme "merveilleuses".

o

o o

10ème - OBSERVATION
****

ARMELLE est une petite fille de 9 ans ½, adressée à la Consultation du Professeur Clément LAUNAY pour des troubles du caractère.

Son père, qui a rédigé sur trois pages les reproches qu'il fait à sa fille, souligne : "Son orgueil est incommensurable, son indiscipline totale, son masochisme moral et physique : elle désobéit jusqu'au châtiment ; sa méchanceté, enfin sa masturbation."

Armelle a été adoptée à l'âge de 6 mois par Mr. et Mme J.. Ceux-ci étaient mariés depuis 10 ans et avaient perdu un enfant mort-né deux ans après le mariage. Ils ne s'étaient décidée à l'adoption qu'assez tard et après que Mme J... ait débuté une maladie de Léo Buerger sous forme de panaris ecchymotique, dont elle ignorait probablement la gravité.

C'est elle surtout qui avait désiré adopter un enfant, et Mr. J.. n'a que consenti à l'adoption pour contenter sa femme et la consoler de la mort de son bébé. Mme J... a cependant continué à exercer sa fonction d'enseignante, même après l'adoption d'Armelle, tant que sa maladie le lui a permis, et c'est la grand'mère maternelle qui, bien que n'ayant pas été favorable à l'adoption, s'est occupée de l'enfant jusqu'au décès de Mme J..., survenu quand Armelle avant 5 ans.

La grand'mère était une femme assez autoritaire, en très mauvais termes avec son gendre, qu'elle présentait sous un jour très défavorable à Armelle. Elle vivait au foyer de J... et y demeure après le décès de Mme J... et jusqu'au remariage du père, lorsque Armelle avait 7 ans.

La belle-mère d'Armelle est une jeune femme de 31 ans (18 ans de moins que Mr. J...), aide-assistante de stomatologie, qui ne s'est jamais occupée d'enfants et paraît assez peu épanouie. Elle entreprit l'éducation d'Armelle de manière très rigide et minutieuse et d'emblée les conflits surgirent entre elle et Armelle,

conflits multiquotidiens : Armelle nargue sa belle-mère par ses refus, ses taquineries, la provoque sans cesse pour être fessée, battue, se venge constamment des réprimandes, agresse sa belle-mère par des gros mots, etc...

Armelle apparaît comme une petite fille très intelligente (On est d'ailleurs très satisfait d'elle à l'école) ; elle est très dynamique. Elle exprime son ambivalence à l'égard de ses parents par un désir de mort immédiatement très culpabilisé. Elle raconte un cauchemar : "Les parents sont emprisonnés par les gendarmes ; ils avaient des tuyaux pleins de gaz asphyxiant. Mais Armelle va les sauver."

Peu à peu, la tension familiale s'aggrave du fait de l'agressivité manifestée par Armelle à l'égard de sa belle-mère et que celle-ci tolère très mal. Elle paraît en effet très froide, très moralisatrice, très gênée par les fantaisies sexuelles de sa fille.

On conseille à Mme J... de reprendre un travail à mi-temps, ce qui détend un peu l'atmosphère familiale. Mais au bout de plusieurs mois d'un cercle vicieux agressif, Armelle est placée en I.M.P.. Une psychothérapie est entreprise.

Armelle parle avec une satisfaction indécente et très sadique de la maladie de sa mère adoptive, la première Mme J... Elle décrit avec une espèce de fierté, sans aucun contrôle, comment étaient "les grosses jambes, violettes, saignantes, dégoûtantes," de sa mère adoptive. Très vite, elle parle de sa "<u>mère</u>", c'est-à-dire sa mère naturelle, qu'elle imagine très belle, très bonne ; elle pense qu'elle lui ressemble, "surtout pour les yeux".

Il existe une confusion actuelle dans toutes ces femmes qui se sont fait appeler "Maman". Avec une certaine vantardise, elle dit : "J'ai eu trois mères et deux pères", excluant de manière curieuse sa grand'mère maternelle qui s'est longtemps occupée d'elle, jusqu'à 7 ans, et qu'elle n'évoque jamais.

En fait, actuellement, Armelle ne peut exprimer aucune agressivité ni contre sa mère actuelle, "qui est bonne, gentille", ni contre la thérapeute qui est, elle aussi, "bonne, belle", ni contre aucune personne de l'entourage.

Et l'on sent, sous-tendant cette impossibilité, une angoisse extrême d'abandon ; la moindre expression de son agressivité peut entraîner la menace d'abandon.

Les préoccupations sexuelles sont importantes. Elle se montre nue, cherche à voir nue les autres, filles ou garçons ; il y a une érotisation de toute relation.

En fait, il s'agit d'une revendication affective massive.

o

o o

11ème OBSERVATION

Monsieur et Madame L... ont adopté trois enfants, un garçon et deux filles.

SOPHIE, adoptée à 4 mois, est vue à l'âge de 6 ans ½, pour refus des aliments solides. Elle n'absorbe que la nourriture en purée très fine, mais prend des rations suffisantes ; son poids et sa taille sont normaux. C'est une fillette assez renfermée et passive ; elle semble redouter son frère, plus âgé qu'elle, qui la frappe et "mange comme un cochon", dira-t-elle.

La reprise d'une alimentation normale est obtenue facilement au cours d'une brève hospitalisation dans un Service de Pédiatrie. Au retour à la maison, l'enfant mange normalement, devient plus dynamique, "montre quand elle est fâchée", dira la mère.

DELPHINE, arrivée au foyer à l'âge de 8 mois, est vue à l'âge de 3 ans ½ pour refus de s'alimenter normalement ; elle n'accepte que les purées et les laitages, ceci dans un climat d'opposition active à la mère et de pleurs. C'est une fillette intelligente, dynamique, plutôt en avance pour son âge sur le plan du langage et de l'autonomie, sans aucun trouble affectif. Elle est en excellent état physique, légèrement au-dessus de son poids. Au cours de la psychothérapie, elle exprime des fantasmes agressifs : "Je te prends tout", salit et détruit, fait la cuisine, la soupe, y met des morceaux qui sont "les bébés". L'appétit s'améliore, mais le refus des aliments solides persiste. Elle reprendra une alimentation normale au cours de vacances dans une maison familiale où une monitrice la fait manger en dehors de la présence de la mère.

En résumé, dans une famille adoptive de trois enfants, les deux fillettes ont présenté des troubles de la conduite alimentaire avec un refus absolu des aliments solides. En dehors de ce

trouble, ce sont des enfants tout à fait normales sur le plan de l'affectivité et du comportement.

La mère est une jeune femme au physique agréable ; d'emblée, elle dit que "cela vient d'elle". Elle se révèlera, au cours des nombreux entretiens que la psychothérapeute aura avec elle, très coopérante, mais n'assumant pas ses propres pulsions.

Elle ne se permet aucune agressivité à l'égard de qui que ce soit : de sa mère, dont les méthodes éducatives semblent avoir été rigides ; de son père, qui ne s'est jamais occupé de ses enfants, de sa belle-mère, mère abusive d'un fils unique, envahissante et critique ; de son mari, qui est responsable de la stérilité du couple ; de la thérapeute qui soigne sa fille, a des enfants, etc... Elle racontera seulement un jour qu'après des années de vie quasi commune avec sa belle-mère, elle a eu une sciatique rebelle à tous les traitements, que le médecin lui a expliqué être due à l'agressivité refoulée, et qui a guéri quand le mari a pris ses distances à l'égard de sa mère.

Elle dit avoir toujours désiré des enfants, avoir très rapidement, après la découverte de la stérilité de son mari, envisagé l'adoption, mais jamais l'insémination artificielle. Sans avoir été franchement déprimée pendant cette période, elle dit avoir été triste, évitant les jardins publics pour ne pas pleurer à la vue des enfants.

Elle paraît craindre les pulsions de ses enfants : c'est surtout manifeste pour son fils aîné qui est un enfant en apparence violent, agressif, mais phobique et anxieux, très accroché à sa mère ; elle répond de façon froide à ses manifestations oedipiennes ; elle est également très angoissée par ce qu'elle considère comme les signes d'une liberté sexuelle exagérée accordée à des adolescents de son entourage. Mais peu sûre d'elle, culpabilisée de ses craintes, elle cherche à se faire rassurer par le médecin. "C'est bien d'être ferme avec les enfants ; c'est mieux pour une fille de ne pas avoir de rapports sexuels avant le mariage", dit-elle à plusieurs reprises.

En fait, alors qu'elle est quelque peu rigide sur le plan de l'éducation, elle se révèle totalement incapable d'une attitude ferme avec ses filles pour ce qui est de l'alimentation, ne suivant pas les conseils du pédiatre, les gavant d'aliments liquides et sucrés pour ne pas qu'elles dépérissent, alléguant que bébés elles ont peut-être souffert de carence affective à la pouponnière et qu'il faut compenser.

On peut remarquer que Sophie, prise à 4 mois, avec un solide appétit, que Delphine, prise à 8 mois, déjà anorexique, ont présenté toutes deux le même symptôme : le refus de mordre, de mâcher, qui est la transposition exacte du refoulement des propres pulsions de la mère, de ses pulsions agressives certainement et peut-être aussi sexuelles.

Par contre, le garçon n'a pas présenté le même symptôme que ses soeurs ; il est très agressif, ce qui est bien toléré par les parents ; ce sont en fait ses pulsions sexuelles que la mère paraît redouter et auxquelles elle oppose des attitudes contra-oedipiennes nettes.

Le fait qu'il s'agit d'enfants adoptés paraît accessoire. Jamais Mme L... n'a exprimé, consciemment ou inconsciemment, aucune crainte au sujet de l'hérédité, de ce qu'étaient les parents naturels. On peut seulement penser que secondairement sa situation de mère adoptive, anxieuse et blessée dans son narcissisme, a pu contribuer à l'entretien de ce trouble isolé, chez des fillettes à l'évolution libidinale par ailleurs normale et dont seule a pu venir à bout l'intervention active d'une tierce personne.

o

o o

12ème. OBSERVATION

MYRIAM est une fillette de 8 ans qui nous est montrée par Mme X..., sa mère adoptive, qui demande à être conseillée

- sur les réponses à donner à l'enfant qui pose des question comme : "Es-tu ma vraie maman ?" ;
- sur son orientation scolaire : la fillette s'exprime mal, sait à peine lire et est dans une classe de CE 2.

En fait, Myriam vient d'être recueillie en vue d'adoption pa Mr. et Mme X..., qui ont perdu un fils unique de 18 ans, 2 ans aupa ravant, au cours d'un accident de voiture. Mme X... dit que son médecin lui a conseillé l'adoption, car elle avait, dit-elle, besoi d'une présence. D'autre part, une de ses amies a adopté un enfant dont elle a suivi l'évolution, et cela leur a paru, à son mari et à elle-même, un moyen de sortir de leur chagrin.

Ils se sont adressés à l'A.S.E.. L'un et l'autre ont vécu douloureusement la consultation qui leur était imposée et où le médecin leur a posé de nombreuses questions sur l'accident. "Cela a été affreux...".

Myriam, âgée de 8 ans, leur a ensuite été proposée, petite fille en nourrice, dont on venait de s'apercevoir que le placement nourricier était de mauvaise qualité. Ils ont été la voir, et le directeur de l'agence a dit à la fillette, à leur arrivée : "Tes parents de Paris viennent te voir", et l'enfant a dit : "Oh ! ma maman de Paris".

La nécessité de déplacer rapidement la fillette a fait que Mr. et Mme X... ne l'ont vue que deux fois avant de l'emmener avec eux.

Mme X... présente les faits comme si Myriam était à son foye depuis longtemps. En fait, lors de la première consultation, il n'y a que quinze jours que l'enfant est arrivée chez ses futurs parents adoptifs.

De son passé récent, on sait qu'elle était en conflit aigu

avec sa nourrice ; celle-ci l'utilisait aux travaux ménagers et pour garder des enfants plus jeunes.

Myriam, jusqu'à 8 ans, a peu fréquenté l'école et cet absentéisme a été précisé par l'institutrice locale. L'enfant utilisait le langage des nourriciers, vocabulaire peu choisi, souvent vulgaire. "J'ai fait une c.... ; il faut que je ferme ma gueule", qu'elle n'emploie déjà plus au bout de quinze jours.

De sa petite enfance, Mme X... sait que Myriam a été abandonnée à un mois, est restée jusqu'à 3 ans en pouponnière, ensuite de 3 à 8 ans chez la même nourrice. Elle dit qu'elle aurait aimé en savoir plus sur les parents naturels de l'enfant, dût-elle en souffrir ; elle a posé la question, mais s'est heurtée à un refus. Mme X... a été surprise de voir cette petite fille "l'adopter" aussi vite. Myriam s'est montrée heureuse d'entrer dans leur maison, de trouver une poupée l'attendant dans sa chambre.

La première nuit, Madame X..., voyant de la lumière filtrer sous la porte de la chambre de la fillette, est entrée et a vu Myriam installée à son bureau en train de dessiner. "Je te fais un dessin, je suis tellement contente...".

Mme X... raconte que tout lui paraît merveilleux, les soins corporels surtout, et à chaque bain l'enfant dit à sa mère : "Tu me laves encore ! Je suis contente de sentir bon". Et Mme X... ajoute : "Cela me fait un peu de bien".

En effet, la future mère adoptive ajoute, alors, qu'elle souffre terriblement. La présence de cette enfant lui fait ressentir l'absence de son fils. Cette fillette évolue comme chez elle, est à son aise avec la famille, les amis des X. Lorsqu'elle voit une photo du fils accidenté, elle dit : "Ah, mais c'est Philippe".

La mère elle-même n'a donné aucune explication, mais elle sait que "papy", son propre beau-père, a dit à Myriam de ne pas parler de Philippe, "pour ne pas faire de peine à maman".

A ce sujet, Myriam ne lui a pas posé de questions, mais lorsqu'elle lui demande : "Es-tu ma vraie maman ?", Mme X... ne sait comment répondre et détourne son attention ; elle a peur de lui faire du mal.

Elle exprime son agressivité envers la fillette. Elle lui reproche d'être là, d'être heureuse. Si elle l'embrasse, elle pense aussitôt qu'elle vole un baiser à son fils ; elle souffre de voir son mari cajoler l'enfant et y prendre plaisir. "Ce n'est pas possible que je sois devenue aussi dure", dit-elle.

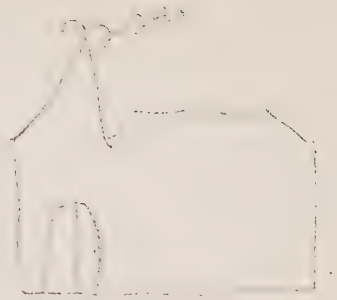
Mme X... raconte que Myriam est très attachée à "Papy", le beau-père de Mme X..., son propre père étant décédé quand elle avait 3 ans, et Mme X... dira au cours de l'entretien : "Je me suis remariée à 6 ans", au lieu de : "Ma mère s'est remariée quand j'avais 6 ans", lapsus qu'elle ne remarquera pas. Elle s'est très bien entendue avec ce beau-père qui a accueilli Myriam très gentiment.

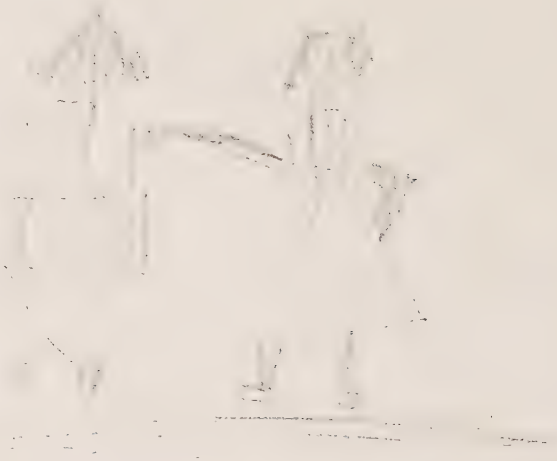
Après avoir établi avec Mme X... (qui se dit soulagée par cet entretien) qu'il était nécessaire que les précisions sur sa situation soient données à l'enfant par ses parents adoptifs, nous avons vu l'enfant :

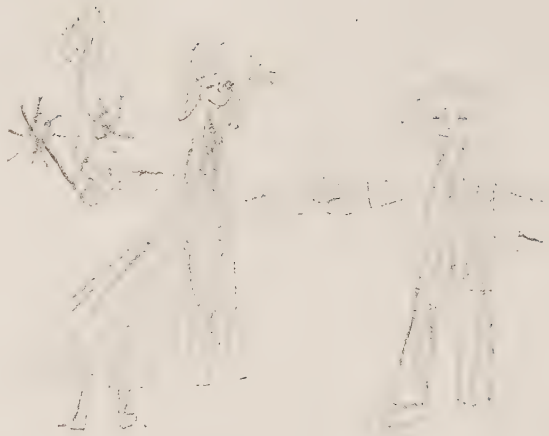
Petite fille très vive, qui essaie de réaliser au mieux ce qui peut lui être demandé, qui a effectivement un petit trouble de la parole, un langage mal structuré. Sur notre proposition, elle dit qu'elle va dessiner "pour maman", et le dessin exprime la dissociation de l'image maternelle : d'une part la maman qui pousse le landeau, qui a le bébé ; d'autre part, le couple parental.

A nos questions : Qui sont le Monsieur et la Dame, l'enfant répond : Maman et Papy, reproduisant à notre grande surprise le couple mère - beau-père qu'exprimait la mère adoptive dans son lapsus en disant : "Je me suis remariée à 6 ans".

Bien que cette observation ne réponde pas au critère que nous avions choisi : "que l'enfant ait été suivi pendant plusieurs mois par l'un des membres du Service", elle nous a paru intéressante. Elle souligne la difficulté d'une adoption faite pour tenter de remplacer un enfant mort. Comme H. DEUTSCH (8) l'explique, l'adoption représente alors souvent un effort pour interrompre le







deuil. Erreur qui entraîne en général de fâcheuses conséquences, car, durant le deuil, les propres enfants de la femme sont exposés à ce douloureux reproche : "Pourquoi n'êtes-vous pas morts au lieu de l'autre ?".

Le sentiment de culpabilité de la mère vis-à-vis de l'enfant mort est tel qu'il ne lui permet pas de se tourner vers d'autres objets. L'enfant ainsi adopté pour être une consolation à peu de chances de conquérir le coeur de la mère, sauf s'il devient un compagnon de deuil, étant lui-même très malheureux, et la nouvelle relation établie avec lui repose alors sur la comparaison que la mère adoptive éprouve à son égard.

o

o o

Au terme de ces observations, nous voudrions souligner que :

- l'adoption doit être désirée par les deux parents unis et non par l'un des deux seulement dans une tentative pour resouder une union qui se détériore, comme ce fut le cas pour Jean F. ou Jean R.;

- une adoption faite pour remplacer un enfant mort est d'emblée fortement compromise (Myriam) ;

- un enfant âgé de plusieurs mois doit être préparé au changement de milieu familial, surtout après 7-8 mois, date de constitution de la première relation d'objet (Alain D., âgé de 15 mois, hurle pendant huit jours lorsqu'il arrive sans aucune préparation dans sa famille adoptive ; Philippe H., âgé de 3 ans ½, reste mutique pendant deux mois lorsqu'il quitte le Luxembourg pour la France, après une seule visite de ses parents adoptifs et sans comprendre le français).

Mais ceci étant acquis, rien n'est résolu en ce qui concerne les problèmes de la relation mère - enfant, qui peuvent être dus :

- aux difficultés d'identification à une image maternelle double (Pierre B.), voire multiple (Armelle) ;

- à l'insécurité, liée :

. à l'abandon initial et au risque d'un nouvel abandon ;

. à l'idée de ne pas avoir été dans le ventre de la mère et à l'agressivité qui en résulte (Alain), insécurité qu'a bien perçue la mère de Christophe quand elle répond aux questions de son fils : "Tu as été dans le ventre d'une maman", sans pouvoir donner plus de précision ;

- aux difficultés que peuvent avoir les parents à s'identifier eux-mêmes en tant que parents, à se sentir autorisés à être parents.

Enfin, soulignons que, pour plusieurs de nos observations,

les symptômes présentés par les enfants sont la résonance du vécu des parents.

De la même façon que pour l'enfant légitime, les problèmes posés par l'arrivée d'un enfant adopté dans sa famille sont multiples et s'inscrivent dans l'histoire particulière de chaque famille. Nous ne prétendons aucunement avoir fait une étude exhaustive de ce problème.

Enfin, nous voudrions rappeler que, comme le dit SOULÉ : "Ceux qui, parmi les couples adoptants, ont une vie sexuelle satisfaisante, une activité sociale par sublimation, et donnent l'impression d'assumer chacun son sexe, peuvent investir l'enfant adopté comme le projet de leur amour génitalisé et non comme réparation en compensation. De tels parents permettent des identifications structurantes telles que l'enfant n'imagine rien d'autre que d'être le résultat de cette union".

C O N C L U S I O N S

L'adoption a été définie en 1953 comme "devant instituer entre parents adoptants et enfants adoptés des relations qui se rapprochent autant que possible de celles qui règnent entre perents et enfant légitime".

Nous avons essayé, dans ce travail, d'étudier le contenu de cet "autant que possible", c'est-à-dire d'étudier, dans les relations de l'enfant adopté avec sa famille adoptive, ce qui éventuellement le différencie de l'enfant légitime.

Notre étude comporte, dans une première partie, une revue de la littérature existante sur ce sujet, en particulier dans les pays anglo-saxons, où les adoptions vraies sont beaucoup plus nombreuses qu'en France (65.000 par an aux U.S.A., 13.500 en Angleterre contre 2.000 en France).

Puis, une étude de 11 cas suivis dans le Service du Professeur Clément LAUNAY à Hérold et choisis sur le seul critère suivant : avoir été suivis pendant au moins plusieurs mois par l'un des membres du Service.

Il s'en dégage que les enfants adoptés fréquentent deux à trois fois plus les consultations de psychiatrie que leur pourcentage dans la population enfantine générale ne le laisserait prévoir (certains auteurs allant jusqu'à dire dix fois plus), mais sans que l'on puisse en déduire l'incidence supérieure des troubles psychologiques parmi les enfants adoptés.

En effet, et c'est l'une des critiques à porter à ce travail, il faudrait, pour conclure que l'incidence des problèmes psychologi-

ques est supérieure ou non chez l'enfant adopté, une étude longitudinale portant systématiquement sur un grand nombre d'enfants adoptés pris au hasard et non parmi ceux requérant une aide psychiatrique.

Parmi les symptômes motivant la consultation, s'il n'y en a pas de spécifiques aux enfants adoptés, tous les auteurs ont été frappés par l'importance des vols incoercibles, des actings out dans le domaine sexuel, de l'agressivité dirigée essentiellement contre la mère.

L'enfant adopté doit affronter les mêmes conflits intrapsychiques que l'enfant naturel, mais l'adoption peut imprimer quelques particularités à ces conflits.

Le conflit oedipien semble plus difficile à résoudre.

Aux fantasmes du roman familial, tentative de réaménagement de l'Oedipe sur un mode aconflictuel, s'ajoute chez l'enfant adopté la réalité d'un double couple parental, d'une double image maternelle.

Cette réalité rend plus difficile la fusion des deux images de la bonne et de la mauvaise mère.

La mère adoptive peut être tour à tour l'une ou l'autre.

L'enfant adopté a plus de difficultés à accepter sa propre ambivalence.

Mais l'insécurité de l'enfant, ses difficultés d'identification sont intimement liées à la difficulté des parents adoptifs à s'identifier eux-mêmes en tant que parents, à se sentir autorisés à être parents.

La mère adoptive doit être libérée de sa dépendance ancienne vis-à-vis de sa propre mère pour remplir son rôle maternel.

Il lui est facile, chaque fois que se manifestent les pulsions agressives normales de son enfant, d'invoquer l'hérédité ; mettant ainsi les parents naturels entre elle et l'enfant, elle échappe à une situation où le refoulement de ses propres pulsions agressives inconscientes est menacé.

C'est essentiellement aux fantasmes de la mère adoptive sur la mère naturelle que répondent les fantasmes de l'enfant.

La plupart des couples qui découvrent leur stérilité éprouvent un choc qui peut remettre en question leur sentiment de complétude en tant qu'hommes ou femmes.

L'acceptation de leur stérilité est un élément capital du pronostic de l'adoption.

La sécurité de l'enfant, son identité en dépendent.

Si l'adoption a pour but de remédier à la blessure narcissique causée par la stérilité, à l'angoisse de castration qui en résulte, les relations parents - enfants risquent fort d'être perturbées.

L'enfant témoigne sans cesse par sa présence de la frustration qu'il devait permettre de nier.

La sélection des parents adoptifs s'impose donc, mais sa difficulté est évidente.

Comment pouvoir déterminer à l'avance qui sera bon parent ? D'autant plus que l'enfant qui arrive avec un vécu antérieur, variable selon :

- l'âge de l'adoption,
- les placements antérieurs unique ou multiples,
- avec ou sans carence affective,

va jouer "le rôle d'organisateur du psychisme parental, tout en étant lui-même induit par ses nouveaux parents et le vécu antérieur auquel ils l'invitent à se joindre" (51).

Il faudrait donc ajouter, et c'est la seconde grande critique à ce travail, à l'étude longitudinale des enfants adoptés, une étude longitudinale des parents adoptifs avant et après l'adoption.

Ceci pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur ; mais pour se rendre compte de la difficulté d'une telle enquête, il faut prendre conscience du fait que la plupart des couples qui ont fondé une famille d'adoption ajoutent, aux réticences naturelles des familles à toute enquête psychologique, un refus fréquent d'aborder les problèmes émotionnels soulevés par l'adoption.

VU & PERMIS D' IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen honoraire,
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

Clément LAUNAY

B I B L I O G R A P H I E

1 - ALLIEZ et JAUR - Incidences médicales et psychiatriques de l'adoption. A propos d'une série de cas difficiles.- Sauvegarde de l'Enfance, Mai 1951, N° 5.

2 - BARBIERO M.C.- Aspects psychologiques de l'adoption.- Pediatria, 1965, 73, N° 6.

3 - BARNES MARION - The working through process dealing with anxiety around adoption.- American Journal of Orthopsychiatry, Juillet 1953, vol. 23, N° 3, p. 605.

4 - BRUMON - GUROUVES - L'enfant adopté et la révélation de sa véritable naissance.- Thèse Paris, 1955.

5 - BONHOMME - Stérilité masculine : Adoption ou insémination artificielle ? - Concours Médical, 19, Mars 1966, 88, N° 12.

6 - VAN CAMELBEKE - La réforme de l'adoption.- Revue du Praticien, 11 Septembre 1966, N° 23, Suppl.-

7 - CREAK MILDRED - Psychiatrics Aspects of Adoption.- Journal of the Medical Women's Federation, 5 Janvier 1952.

8 - DEUTSCH Hélène - Psychologie des femmes.- P.U.F., 2 vol.-

9 - ERDUSON et LIVERMORE - Complications dans la thérapie d'enfants adoptés.- Am. Jour. of Orthopsychiatry, 1953, T. 23, N° 4, p. 795.

10 - FRADKIN et KRUGMAN - A program of adoptive placement for infants under three months -

11 - GOODMAN, SILBERSTEIN et MANDELL - Enfants adoptés conduits à la Clinique psychiatrique infantile.- Arch. Gener. Psychiatry, Nov. 1963, 9, N° 5, p. 451-456.

12 - HOFFMAN M.E.- Identity problem in foster children.- Child Welfare, 1963, Vol. XLII, N° 1.

13 - HEUYER, DESCLAUX, TESSEYRE - 138 cas de situations difficiles au cours de l'adoption.- Sauvegarde de l'Enfance, Mai 1951, N° 5.

14 - HYLTON Lydia F.- Trends in adoption 1958-62.- Child Welfare League of Am., 1965, Vol. XLIV, N° 7.

15 - HUMPHREY et OUNSTED - Les familles adoptives demandent un avis psychiatrique. Les enfants.- British Journ. of Psychiatry, Sept. 1963, 109, N° 462.

16 - HUMPHREY et OUNSTED - Les familles adoptives demandent un avis psychiatrique. Les parents.- British Journ. of Psychiatry, 110, N° 467, p. 544-555.

17 - JOANNON - Contre l'adoption cassée.- Presse Médicale, 6 Oct. 1962, N° 42.

18 - JOSSELYN - A psychiatrist look at adoption.- Child Welfare, 1955, Vol. 2.

19 - KADUSHIN - Etude suivie d'enfants adoptés plus âgés. Critères de succès.- Amer. Journ. of Orthopsy, Avril 1967, T. 37, N°3.

20 - KESTEMBERG E.- Identité et identification chez les adolescents.-

Revue de Psych. de l'Enfant, vol. V, fasc. 2, p. 441-522.

21 - KIRK, JONASSOHN et FISH - Les enfants adoptés sont-ils plus vulnérables aux stress.- Arch. of Gener. Psychiat., Mars 1966, 14, N° 3.

22 - KOUPERNIK - Aspects médicaux et psychologiques de l'adoption.- Concours Médical, 7-7-1962, N° 27, 415-419.

23 - KRUGMAN Dorothy C.- Reality in adoption.- Child Welfare, 1964, XLIII, N° 7.

24 - KRUGMAN Dorothy C.- Differences in the relation of parents and children to adoption.- Child Welfare, 1967, XLVI, N° 5.

25 - LAUNAY Cl., SOULÉ & WEIL - L'adoption. 1 volume.- Données médicales psychologiques et sociales.

26 - LAUNAY Cl.- Problèmes actuels posés par l'adoption.- Gynéco. Prat. 1956, 7, N° 4.

27 - LAUNAY Cl. - Le médecin et les problèmes posés par l'adoption.- Nourrisson, Avril-Mai 1952, 40, N° 2.

28 - LAUNAY Cl.- L'abandon et le délaissement des enfants.- Presse Méd., 76, N° 45, Novembre 1968.

29 - LAUNAY Cl.- Problèmes actuels posés par l'adoption.- Presse Médicale, Octobre 1968, 76, N° 39.

30 - LAUNAY et Mme SCHALEW - Doit-on révéler à l'enfant adopté le secret de sa naissance.- Sauvegarde de l'Enfance, Mai 1951, N° 5.

31 - LAUNAY - Problèmes pédiatriques posés par l'adoption.- Presse

Médicale, Novembre 1951, 59, N° 75.

32 - LAUNAY - Une nouvelle loi sur l'adoption.- Suppl. Sem. Hôp. Paris, 1963, 39, N° 26.

33 - LAWTON et GROSS - Revue de la littérature psychiatrique sur les enfants adoptés.- Arch. Génér. Psych., Décembre 1964, 11, N° 6.

34 - MINKLER D.H. et STRESSBINSKY N.- Le dilemme de l'adoption. Etude de cas montrant le rôle du travailleur social "Case-Worker".- Am. Journ. Obst. Gynec., 1967, 97, N° 3.

35 - MEYER - L'adoption ; conceptions actuelles.- Courrier du C.I.E., 1960, X, 654-657.

36 - MORRISSON et HAZEL - Research study in adoption.- Child Welfare, 29, 1950.

37 - NERON G.- Difficultés rencontrées en rééducation avec les familles adoptives.- Revue de Neuropsych. Inf., Janv. 1962, 10.

38 - NOEL Janine - La sélection des parents adoptifs.- Thèse Paris, 1959.

39 - NORDLE et REED - Follow up on adoption. Counselling for children of possible racial admixture.- Child Welfare, 1962, 41, N° 7.

40 - O.M.S.- Réunion mixte O.N.U.-O.M.S. d'experts des problèmes de santé mentale se rattachant à l'adoption. 1953.

41 - OLDS Charles B.- Service for adoptiee and their parents after legal adoption.- Child Welfare, 1965, vol. XLIV, N° 6.

42 - Discussion par Rita DUKETTE de l'article précédent.- Child

Welfare, 1965, Vol. XLIV, N° 6.

43 - PELLER Lilli - Commentaires sur l'adoption.- Bulletin de l'Ass. de Psychanalyse de Philadelphia, Décembre 1961.

44 - PELLER Lilli - Autres commentaires sur l'adoption.- Bull. de l'Ass. de Psych. de Philadelphie, Mars 1963.

45 - RATHBURN - The restitutive process in children following radical separation from family and culture.- Am. J. Orthopsy, 1958, 28, 408-415.

46 - ROSS - Les adoptions.- New-England J. Med., Octobre 1964, 271, N° 15, 784-785.

47 - SIMON et SENTURIA - Adoption et maladie mentale.- Am. J. of Orthopsychiatry, Février 1966, 122, N° 8.

48 - SOULÉ Michel - L'adoption, bilan et perspectives. Préface au N° spécial sur l'adoption d'Informations sociales, Déc. 1958.

49 - SOULÉ M., MEYER, WEYL - Sélection des enfants adoptifs.- Informations Sociales, Décembre 1958, 11, p. 27-57.

50 - SOULÉ, NOËL, BOUCHARD - Sélection des parents adoptifs.- Informations Sociales, Décembre 1958.

51 - SOULÉ - A propos de l'adoption ou le roman de Polybe et Mérope.- Revue Française de Psychanalyse, XXXII, 3, Mai-Juin 1968.

52 - SOULÉ, NOËL, BOUCHARD - Le placement familial.- Rev. Psych. de l'Enf., vol. V, fasc. 2.

53 - SWEENY et GASBARRO - Etude descriptive des enfants adoptifs vus dans un Centre de Guidance infantile.- Child Welfare, Juillet

1963, Vol. XLII, N° 7.

54 - SMITH - La Consultation pédiatrique dans la pratique de l'adoption.- Pediatrics, Février 1968, 41, N° 2.

55 - SCHECHTER - Observations concernant les enfants adoptés.- Arch. of Gener. Psych., Juillet 1960, 3, N° 1, p. 21-32.

56 - SCHECHTER & CARLSON - Problèmes émotionnels chez les adoptés.- Arch. Génér. Psych., Février 1964, 10, N° 2.

57 - SKODAK and SKEEL - A final follow-up study of one hundred adopted children.- Journal of Genetic Psychology, LXXV, 1949.

58 - TOUSSIENG - Thoughts regarding the etiology of psychological difficulties in adopted children.- Child Welfare, 1962, XLI, N° 2.

59 - Discussion by Rita DUKETTE of TOUSSIENG - Child Welfare, 1962, XLI, N° 2.

60 - Research Division U.S. Children's Bureau - Problèmes psychiatriques parmi les adoptés.- Child Welfare, Mars 1964, XLIII, N° 3.

61 - YARROW Leon J.- Theoretical implications of Adoption Research.- Child Welfare, 1965, Vol. XLIV, N° 2.